

АЛЬМАНАХ

Института Хирургии
имени А.В.Вишневого



№2 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.**

№2 2017

ТЕЗИСЫ

ПЕРВОГО СЪЕЗДА ХИРУРГОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

г. Рязань
27-29 сентября 2017 г.

1. СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕТРОАОРТАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОМ

Мухамадеев И.С., Оборин А.А.

Пермь

Пермская краевая клиническая больница

Введение: Врожденные изменения почечных вен чаще всего связаны с нарушениями в развитии нижней полой вены. Неблагоприятным моментом ретроаортального расположения ЛПВ является ее компрессия аортой. При аномалиях мочеполовой системы отмечается нарушение пассажа мочи, что способствует развитию гнойно-воспалительных процессов, камнеобразованию, атрофии пернхимы почки и почечной недостаточности. Мы представляем первый опыт коррекции подобной аномалии, посредством протезирования вены аллотрансплантатом, возвращая ее нормальное расположение – над аортой. Клиническое наблюдение: Пациент П. 23 года. Предъявлял жалобы на помутнение мочи, боль усиливающиеся при ортостазе в области живота. Ранее отметил потемнение цвета мочи. Обнаружен хронический пиелонефрит. На КТ выявлен ретроаортальный ход левой почечной вены с признаками ее компрессии и развитием венозной гипертензии. Принято решение выполнить протезирование с созданием надаортального хода почечной вены. Опираясь на опыт использования аллогенного материала принято решение об имплантации аллотрансплантата. Выполнена резекция участка ЛПВ с протезированием аллотрансплантата в резецированную позицию. Пациент выписан с регрессом макрогематурии и исчезновением головокружений и головных болей. На контрольном дуплексном сканировании отток по венам почки сохранен. Сам гомографт визуализируется над аортой, без особенностей. Клиническое наблюдение демонстрирует необходимость стандартизации подхода к лечению подобного рода аномалий, которые в свою очередь снижают качество жизни, способствуя развитию венозного стаза. Вывод: Проблема хирургического лечения аномалий развития сосудистой системы не является решенной. Частота ретроаортальной позиции ЛПВ колеблется от 2 до 6,6% случаев. Подобные отклонения могут представлять угрозу жизни. Развитием застойных явлений в венах почки благоприятствуют развитию инфекционного процесса. При восстановлении нормального оттока исчезли, головокружение состояние общего недомогания. В свою очередь, наиболее оптимальным пластическим материалом при подобных реконструкциях является аллотрансплантат ввиду невозможности использования альтернативного пластического материала.

2.ВАРИАНТ ПОВЫШЕНИЯ КОСМЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА IPOM-ПЛАСТИКИ ПРИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ БОЛЬШОГО РАЗМЕРА

Мяконький Р. В.

Волгоград

ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница № 3",
Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Пупочной грыжей страдают 2-15% - взрослых, чаще женщины. Для этой категории пациенток косметический эффект при оперативном лечении является ключевым. Данное обстоятельство связано с тем, что пупок относится к визуально доступной части тела (пирсинг, татуировки, ношение открытого купальника и т.д.). В современных условиях социальной бьюти сферы становятся востребованы максимально эстетичные оперативные вмешательства. По поводу пупочных грыж в хирургических стационарах оперируются 9-20%, пациентов при этом до 16% из них женщины. Порядка 40% пациентов заболевают в наиболее трудоспособном возрасте — от 20 до 50 лет. Период от 17 до 22 лет считается пиковым в сексуальной активности женщин, что нацеливает хирургов к поиску новых малоинвазивных и эстетически выгодных оперативных вмешательств. Для достижения максимального косметического эффекта на сегодняшний день пользуются двумя основными лапароскопическими вмешательствами: внутрибрюшная фиксация протеза (intraperitoneal onlay mesh — (IPOM)) и подбрюшинная фиксация протеза (the transabdominal pre-peritoneal (TAPP) repair). Материалы и методы. С 2016 года на базе хирургического отделения ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3» г. Волгограда, разработан и внедрен новый способ повышения косметического эффекта стандартной IPOM-пластики при пупочной грыже больших размеров. Техника выполнения вмешательства: после освобождения грыжевого мешка от содержимого производят его гофрирование. Определив края грыжевых ворот, с помощью скальпеля около пупка с обеих сторон скальпелем на глубину кожи производятся необходимое количество насечек длиной 2-3 мм, через которые с помощью шовного инструмента BERCI выполняется прокол брюшной стенки. Нить в брюшной полости фиксируется эндоскопическим зажимом. Инструмент BERCI удаляется и аналогичным образом перфорируется 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 частично снять карбоксиперитонеум, для уменьшения натяжения тканей. Экстракорпорально формируется узел (количество узлов зависит от типа выбранной нити), который погружается под кожу через насечку, концы нити срезаются над узлом. Получаются вертикальные П-образные швы (относительно грыжи). Края насечки поднимаются и адаптируются с помощью зажима Бильрота. Последовательно погружаются все узлы, в результате чего устраняется грыжа, при этом грыжевой мешок и пупок гофрируются. Насечки с обеих сторон от пупка можно ушить для достижения, большего косметического эффекта (швы снимаются через 1 сутки). Возобновляется карбоксиперитонеум, производится оценка адекватности ушивания грыжевых ворот со

стороны брюшины. После чего производится стандартная IPOM-пластика. Полученные результаты. В доступной литературе не удалось найти описание предлагаемой методики, что позволят назвать ее оригинальной и авторской. Обсуждение. Данный способ не увеличивает длительность послеоперационного периода и реабилитации пациента в сравнении со стандартной IPOM-пластикой, в тоже время значительно повышает косметический эффект и ускоряет процесс облитерации грыжевого мешка. Выводы. Предложенная методика может быть использована как дополнительный элемент повышения косметического эффекта IPOM-пластики при грыжах с размером грыжевых ворот 4 см и более. При небольших пупочных грыжах она может быть использована как самостоятельный метод лапароскопической герниорафии. Наш опыт этих операций сравнительно небольшой (35 пластик), но он оставляет хорошие впечатления, так как обеспечивает выраженный косметический эффект. Рекомендации. Предлагаемая методика рекомендуется к широкому внедрению в повседневную хирургическую практику как общехирургических стационаров, так и специализированных герниологических центров. Также требуется изучение отдаленных результатов данной операции.

3.ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С АГАНГЛИОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Сытьков В.В.(1), Поддубный И.В.(1,2), Козлов М.Ю.(2), Дьяконова Е.Ю.(1),
Боровик Т.Э.(1), Малашенко А.С.(2)*

Москва

(1) ФГАУ ННПЦЗД МЗ России(2) ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗ г. Москвы

Цель исследования: изучить роль пробиотиков и лечебного питания в профилактике развития энтероколита у детей, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга (БГ). Материалы и методы: Проанализированы истории болезней 40 детей с БГ , оперированных лапароскопически по поводу аганглиоза толстой кишки (за искл. тотальной формы), находившихся на лечении в отделении неотложной и плановой хирургии ФГАУ «ННПЦЗД» Минздрава России и отделении плановой хирургии Морозовской ДГКБ. В основную группу включены 20 детей (мальчиков — 18, девочек -2) в возрасте от 3 до 15 лет, средний возраст (8,6±5,2 года). Дети данной группы за 7 дней до операции и в послеоперационном периоде дополнительно к основным лечебным мероприятиям (очистительные и сифонные клизмы, антибактериальная терапия) получали пробиотический препарат в возрастной дозировке и отечественную специализированную смесь для энтерального питания «Нутриен Иммун». Группу сравнения составили 20 больных той же возрастной категории (мальчиков -16, девочек-4) с аналогичным диагнозом, которые пробиотик не получали и находились на традиционном для стационара питании. Пациентам обеих групп в соответствии с медико-экономическим стандартом проводили обследование, оценивали общесоматический статус,

общеклинический анализ крови (ОАК), концентрацию острофазных и короткоживущих белков сыворотки крови, дополнительно – проводили качественный анализ кала на токсины А и В Clostridium difficile (Duo Toxin A + B -Test VEDA.LAB). Антибактериальная терапия в основной группе проводилась с учетом анализа. В группе сравнения применялась традиционная антибактериальная схема без учета экспресс-анализ кала на токсины А и В Clostridium difficile. Динамика указанных показателей отслеживалась после оперативной коррекции на 5 и 14 сутки. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Exel 2003, Statistica 6. Содержание острофазных белков и С - реактивного белка, «нутрициологического маркера» (альбумина) определяли методом лазерной нефелометрии на иммунном анализаторе «Image» Beckman coulter USA с использованием коммерческих моноспецифических антисывороток и калибраторов той же фирмы. Показатели периферической крови определялись на проточном счетчике среднего класса Cobas Micros 18 OT (ABX , Франция), позволяющем одновременно анализировать 18 гематологических параметров, включая также процентное содержание и абсолютный подсчет 3-х популяций лейкоцитов. У всех детей до операции отмечалось сниженный Z- score ИМТ/ возраст, а также снижение общего белка, альбумина и трансферрина ($p < 0.05$). Динамика указанных показателей отслеживалась после оперативной коррекции на 5 и 14 сутки. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Exel 2003, Statistica 6. Результаты: У пациентов обеих групп показатели ОАК до операции не выходили за пределы референсных значений. В основной группе на 5-ые послеоперационные сутки отмечалось увеличение с/я нейтрофилов, СОЭ, СРБ по сравнению с исходными показателями ($p < 0,05$), на 14-ые сутки указанные показатели вновь принимали референсное значение ($p < 0,05$). В группе сравнения на 5-ые сутки после операции также отмечалось увеличение с/я нейтрофилов, СОЭ, СРБ по сравнению с исходными показателями ($p < 0,05$), на 14-ые сутки у всех пациентов сохранялись изменения лабораторных показателей. Продолжительность лихорадки в основной группе составила $1,7 \pm 1,3$ дня. В группе сравнения отмечался более длительный лихорадочный период $8,2 \pm 1,1$ дня ($p < 0,05$). В обеих группах до оперативного вмешательства были выявлены дети с положительным анализом кала на токсины А и В Clostridium difficile: в основной— 4 (20%) пациента, в группе сравнения - 3 (15%) пациента, в связи с чем был проведен курс лечения Ванкомицином. Все дети основной группы имели отчетливую прибавку в массе тела и восстановили уровни общего белка, альбумина и трансферрина до референсных значений ($p < 0,05$), в отличие от пациентов группы сравнения. В основной группе после проведения эрадикации патогена антибиотиком с добавлением в лечебную схему пробиотиков и специализированной смеси «Нутриен Иммун» в послеоперационном периоде не зафиксировано ни одного случая энтероколита и ААД ($p < 0,05$). В группе контроля практически все дети имели различной степени выраженности диарейный синдром, у 3 детей развилась клиника энтероколита. Заключение: Сочетанное использование пробиотического препарата, оказывающего влияние на иммунный статус ребенка и продукта энтерального питания, стабилизирующего нутритивный статус позволяет облегчить течение послеоперационного периода, снижает воспалительные изменения в периферической крови, сокращает лихорадочный период у больных с болезнью Гиршпрунга.

4. ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА И ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Погосян А.А., Штогрин С.М., Камчаткина Т.И., Терпугов А.Л., Урюпина А.А., Безверхий К.С.

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница №6

Актуальность. За последнее время отмечается тенденция к увеличению числа случаев желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК). Пациенты с ЖКК составляют около 15% всех больных, экстренно доставляемых в стационары скорой помощи. Среди них кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (КНОЖКТ) встречаются в 20-25%. Общая летальность при КНОЖКТ в среднем относительно невелика – 3–4%, однако может достигать 10% и даже 25% в пожилом и старческом возрасте и при наличии сопутствующих заболеваний. Цели и задачи исследования. Изучение этиологических аспектов, возрастных и половых особенностей, а также анализ возможностей ранней и правильной постановки диагноза у больных с КНОЖКТ. Материалы и методы. Изучение проводилось на базе хирургического отделения МБУЗ ГБ№6г. Ростова-на-Дону за период с 1.01.2015 по 31.12.2015. В исследование было включено 160 пациентов (84 мужчин, 76 женщин), поступивших в экстренном порядке, у которых после первичного осмотра хирургом в приемном отделении был установлен предварительный диагноз КНОЖКТ. Результаты. Основной жалобой у пациентов в исследуемой группе был кровянистый стул, что явилось критерием включения. По результатам колоноскопии было выявлено 34 случая опухоли толстого кишечника, что составило 21,25% от общего числа, 18 случаев дивертикулярной болезни толстой кишки (11,25%) и 108 случаев геморроя (67,5%). Среди них опухоли прямой кишки составили 11,25% (18 чел.), сигмовидной - 6,25% (10 чел.), восходящей, поперечной, нисходящей - 3,75% (6 чел.). При анализе возрастных различий опухоли толстого кишечника в основном выявлялись у лиц старше 60 лет – 64,7% (22 чел), реже от 45 до 60 лет – 29,4% (10 чел.) и 5,9% у пациентов моложе 45 лет. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника наблюдалась только у больных старше 60 лет – 100% (18 чел.). Возрастная оценка геморроя выявила следующее распределение: до 30 лет – 9,3% (10 чел.), от 30 до 45 лет – 35,1% (38 чел.), от 45 до 60 лет – 27,8% (30 чел.), старше 60 лет – 27,8% (30 чел.). На основе результатов лабораторных исследований при опухолях толстого кишечника преобладала кровопотеря 0-1 степени - 94,1% случаев, 2 степень кровопотери наблюдалась в 5,9%. При анализе дивертикулярной болезни основной процент также пришелся на 0-1 степень – 77,8%, 2 степень имели 22,2% пациентов. Геморроидальное кровотечение привело к кровопотере 0-1 степени в 94,4%, 2 степени – 1,9% и 3 степени – 3,7%. Интересные результаты получены при проведении рентгенографии при поступлении после постановки контрастной клизмы с бариевой взвесью. При этом основным рентгенологическим симптомом являлось наличие стойкого «депо» контрастного вещества за контуром толстой кишки в случае дивертикулярной болезни толстой кишки, при этом данное исследование обладало хорошим гемостатическим эффектом в случае дивертикулярной болезни толстого кишечника. Эффект от консервативной терапии наблюдался в 90% случаев и не требовал экстренного хирургического вмешательства с целью окончательной остановки кровотечения. Все оперированные больные имели геморрой 4 степени (10% случаев). Выводы. 1. Последовательное применение дополнительных диагностических методов

намного увеличивает объем информации о патологическом процессе, помогает в правильном и своевременном установлении диагноза. 2. В структуре КНОЖКТ преобладали геморроидальные кровотечения. С увеличением возраста наблюдалась тенденция к повышению частоты КНОЖКТ, в особенности после 45 лет. В общей структуре заболеваемости половые различия выражены слабо, однако геморроидальные кровотечения наблюдались чаще у мужчин, а опухоли и дивертикулы толстого кишечника - у женщин. 3. В подавляющем большинстве наблюдений кровотечение из толстого кишечника соответствовало 0-1 степени кровопотери и имело тенденцию к остановке, хорошо поддавалось стандартной консервативной гемостатической терапии, ирригоскопия в случае дивертикулярной болезни толстого кишечника обладала гемостатическим эффектом.

5. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Эктов В.Н.(1), Куркин А.В.(2), Соколов А.Н.(2), Лаблюк П.Ф.(2), Назаренко Б.В.(2)

Воронеж

- 1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко,
- 2) Воронежская областная клиническая больница №1

Актуальность. Гемангиомы являются наиболее распространенной формой доброкачественных опухолей печени. Варианты лечебной тактики при данной патологии предполагают использование как резекционных хирургических вмешательств, так и применение различных миниинвазивных процедур (лучевая терапия, трансартериальная эмболизация, радиочастотная абляция – РЧА), что делает актуальным углубленное изучение данной проблемы. Цель работы: определение показаний и изучение результатов применения РЧА в лечении гемангиом печени. Материалы и методы. В период 2012 - 2016 гг. в Воронежской областной клинической больнице №1 проведено лечение 39 пациентов с гемангиомами печени с использованием РЧА. Среди пациентов было 14 мужчин и 25 женщин, средний возраст $48,0 \pm 2,1$ года. Размеры новообразований составляли от 3 см до 12 см с преимущественной локализацией в VII, VI и V сегментах печени. Для проведения РЧА применяли генератор фирмы «Valleylab» с одиночным или кластерным игольчатым электродом «Cool-Tip» длиной 15-25 см с рабочей частью 2,0 - 3,0 см либо комбинацию из нескольких электродов (до трех) при наличии нескольких новообразований. Чрескожный доступ с ультразвуковой навигацией применен у 33 пациентов. У 6 пациентов с гемангиомами печени размером более 10 см использовали двойную навигацию: видеолaparоскопическую и ультразвуковую. Все сеансы РЧА выполнялись в режиме «Impedance control», при котором мощность воздействия регулировалась автоматически в зависимости от сопротивления тканей. Критерием для завершения процедуры являлось образование гиперэхогенной зоны индуцированных изменений, сопоставимой с размерами опухоли по данным интраоперационного УЗИ. Продолжительность процедуры РЧА составила от 10 до 30 мин (в

среднем – $15,0 \pm 2,2$ мин). Результаты и обсуждения. В раннем послеоперационном периоде у 71,8% пациентов отмечались стандартные побочные эффекты процедуры (болевой синдром, субфебрильная температура, транзиторное повышение трансаминаз), не потребовавшие проведения дополнительного лечения. Средняя продолжительность стационарного лечения составила $5,6 \pm 1,8$ дней. В отдаленном периоде наблюдения у пациентов не выявлено отсроченных осложнений (повреждений желчных протоков, абсцессов печени). Полное удаление опухолевой ткани удалось достичь у 34 пациентов, в двух случаях выполнен второй сеанс РЧА. У 5 пациентов выявлен незначительный периферический остаточный объем опухолевой ткани, что требует дальнейшего динамического наблюдения. Вывод. Радиочастотная абляция является эффективным миниинвазивным методом лечения гемангиом печени, дальнейшее практическое применение которого требует разработки стандартизированных подходов к определению показаний и методологии выполнения процедуры.

6. ОПЫТ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

Нуртдинов М.А. (1), Хасанов А.Г.(1), Суфияров И.Ф.(1), Ямалова Г.Р.(2)

Уфа

1) БГМУ, 2) ГБУЗ РБ ГКБ №13 г. Уфа

Актуальность. Хроническая спаечная болезнь брюшины является одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии, в связи со сложностью дифференциальной диагностики с острой спаечной болезнью брюшины. Спиральная компьютерная томография позволяет нивелировать недостатки традиционной компьютерной томографии, в частности дыхательные артефакты и наводку изображения. Цель исследования – изучить возможности роли рентгеновской компьютерной томографии в диагностике хронической спаечной болезни брюшины. Материал исследования. Материалом исследования послужили результаты обследования 16 пациентов с хронической спаечной болезнью брюшины с применением компьютерной томографии. Мужчин было 4 (25,0%), женщин - 12 (75,0%). Средний возраст составил $45,6 \pm 12,4$ лет. Длительность анамнеза $8,7 \pm 4,6$ лет. Количество перенесенных операций от 1 до 5. Группу контроля составили 15 больных с хронической спаечной болезнью брюшины у которых в комплексе диагностики не применялась трехмерная реконструкция, группы были рандомизированы по возрасту, полу и длительности заболевания. Объем оперативного вмешательства в обеих группах включал лапароскопический адгезиовисцеролиз. Методы исследования. Кроме рутинных общеклинических, лабораторных и рентгенологических методов исследования, рентгеновская компьютерно томографическая диагностика осуществлялась на аппарате Aquilion RXL, Toshiba Япония, для построения виртуальной модели применялось программное обеспечение VitreaAdvanced.

Результаты. В процессе диагностического поиска при хронической спаечной болезни брюшины мы ориентировались на следующие рентгеномографические признаки: наличие жидкости в брюшной полости, диаметр кишки, толщину стенки кишки, структуру стенки кишки, характер содержимого кишки (газ, тонкокишечные фекалии), отсутствие смещения петель кишки относительно друг друга, локализацию выявленных изменений, и др. Важным компонентом рентгеновской компьютерной томографии при хронической спаечной болезни брюшины считали построение 3D модели, которая позволяет локализовать выявленные изменения, в частности, участок наибольших патологических изменений и соответственно определиться с оперативным доступом. Последнее становится критичным в случае планирования лапароскопического адгезиолизиса, в связи с высоким уровнем риска перфорации кишки при введении первого троакара. Из особенностей выполнения исследования кроме традиционного положения на спине, применялось исследование на боку, на животе, что позволяло провести сравнительный анализ. Точность спиральной рентгеновской компьютерной томографии в диагностике хронической спаечной болезни брюшины, при построении 3D модели, составила 88%, чувствительность - 87%, специфичность - 91%. Применение рентгеновской компьютерной томографии позволило ограничиться консервативным лечением у 9 (56,25%) пациентов у больных основной группы. В то время как оперативное лечение проведено у 11 (73,33%) больных группы сравнения. В основной группе послеоперационные осложнения были у 1 (6,25%) больного (гипостатическая пневмония). В группе контроля у 2 (13,33%) человек, тромбоэмболия ветвей легочной артерии – у одного пациента и нагноение послеоперационной раны, у больного с конверсией. Летальности в обеих группах не было. Выводы. Первый опыт мультипланарной реконструкции при планировании оперативного вмешательства у больных с хронической спаечной болезнью брюшины свидетельствует о необходимости дальнейших исследований в этой области.

7. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОЦЕНКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДНК МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК В ЦЕЛЯХ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Савельев В.В., Винокуров М.М.

Якутск

ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова»

Актуальность. Учитывая, что панкреонекроз сопровождается системной воспалительной реакцией даже при отсутствии инфекции, а традиционно используемые клинико-лабораторные показатели воспаления являются недостаточно специфичными и чувствительными для диагностики панкреатогенной инфекции, весьма актуальным является поиск новых и не менее эффективных маркеров инфицирования зон некротической деструкции. Материалы и методы. Представленная работа основана на анализе результатов

комплексного лечения 497 больных с панкреонекрозом в возрасте от 15 до 85 лет, мужчин ? 352 (70,8%), женщин ? 145 (29,2%), находившихся на лечении в хирургических отделениях Республиканской больницы №2 ? Центр экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2010 по 2017 гг. Наряду с общеклиническими методами лабораторных исследований нами оценивался процесс ДНК повреждения, уровень «цитотоксических», апоптотических и некротических клеток у больных панкреонекрозом методом гелелектрофореза изолированных мононуклеарных клеток крови (метод «ДНК-комет»). Все показатели оценивались на 1-е, 3-и, 7-е, 10-е, и 15-е сутки от момента начала заболевания на фоне проведения интенсивной терапии. Определение прогностической ценности использования в качестве маркера развития инфекционного процесса в ткани поджелудочной железы уровень содержания в крови некротических «ДНК-комет» проводилось с помощью физико-математической методики ? построение ROC-кривых (receiver operating characteristic). Полученные результаты. В ходе исследования удалось внедрить и эффективно использовать на практике метод «ДНК-комет» в ранней диагностике развития панкреатогенной инфекции, что позволило снизить количество необоснованных оперативных вмешательств в стерильную фазу панкреонекроза в 1,7 раза и наряду с комплексными лечебными мероприятиями снизить уровень общей летальности с 11,1% до 3,9%. Обсуждение. Отмечено, что содержание некротических «ДНК-комет» у больных панкреонекрозом без развития инфекционных осложнений с 7-го по 10-й день наблюдения было значительно выше, чем у больных с развитием инфекционных осложнений. Так, по нашему мнению, активная гибель мононуклеарных клеток крови связана с их участием в разрешении, в том числе и инфекционных осложнений, и в конечном итоге определяет предупреждение их развития у этих больных. Эти данные свидетельствуют о том, что высокие ~ 16-20% значения некротических «ДНК-комет», начиная с 10-х суток от начала заболевания, могут служить хорошим прогностическим признаком, позволяющим предположить малую степень вероятности развития инфекционных осложнений, тогда как резкое снижение уровня некротических «ДНК-комет» ниже 9,6%, служит неблагоприятным прогностическим признаком и должно влиять на принятие решения в пользу изменения хирургической лечебной тактики, в том числе, с применением инвазивных методик. Выводы. Повреждение мононуклеарных клеток плазмы крови при остром деструктивном панкреатите происходит как путем некроза (появление «некротических ДНК-комет»), так и путем апоптоза (повышение уровня «апоптотических ДНК-комет»). Повреждение ДНК на начальных этапах (три-пять суток) от момента начала заболевания проявляется преобладанием в плазме крови «цитотоксических» ДНК-комет, что обусловлено поступлением в кровь активных метаболитов, обладающих высокими цитотоксическими свойствами. Прогностическим показателем высокого риска развития инфекционных осложнений у больных острым деструктивным панкреатитом является уменьшение уровня некротических ДНК-комет мононуклеарных клеток крови, начиная с 10-х суток от момента начала заболевания, ниже 9,6%. Чувствительность данного показателя ? 75%, специфичность ? 85%. Рекомендации. Выявленные особенности ДНК повреждений мононуклеарных клеток крови при трансформации стерильного панкреонекроза в инфицированные его формы, а также достаточно высокий уровень чувствительности и специфичности метода, дают основание рекомендовать его в качестве стандартной программы обследования больного с панкреонекрозом.

8. РАНЕВЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Каминский И.В., Костырной А.В., Косенко А.В.

Симферополь

Кафедра хирургии № 1 ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Актуальность. Проблема ранних послеоперационных гнойно–воспалительных осложнений (ГВО) остается одной из важнейших в абдоминальной хирургии. Это обусловлено, прежде всего, их высокой частотой и тем обстоятельством, что возникновение, например, таких осложнений, как эвентрация на фоне нагноения раны и послеоперационный перитонит в результате несостоятельности кишечного шва могут определять высокую летальность, достигающую 20–25% и более. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с повышенным риском послеоперационных ГВО на основании разработки и использования мер их целенаправленной профилактики с учетом микробного спектра операционного поля и крови. Материал и методы исследования. Проведен анализ лечения 43 больных с плановой абдоминальной хирургической патологией с повышенным риском послеоперационных ГВО. Это были больные с обширными и гигантскими послеоперационными грыжами живота с очагами хронического воспаления в тканях брюшной стенки (25 пациентов); спаечной болезнью (4 пациента), злокачественными заболеваниями органов брюшной полости (17 пациентов), больные с повторными операциями по поводу патологии гепатопанкреатодуоденальной области (7 пациентов). Больные этой группы имели одно или несколько сопутствующих заболеваний с прогнозируемым снижением иммунобиологической резистентности организма, с нарушениями в клинических и лабораторных показателях гомеостаза. Возраст больных составлял от 20 до 80 лет. Мужчин было - 17, женщин –26 человек. Все больные были распределены на две группы: 1- больные, которым не проводили комплексную профилактику инфекционных осложнений (23 пациента), 2-я группа - больные, которым ее проводили по приведенной ниже схеме (20 пациентов). Всего у 43 больных для бактериологических исследований было произведено 326 посевов из операционного поля и 52 посевов крови на различных этапах операции. Материал для таких исследований получали: - с краев раны брюшной стенки при вхождении в брюшную полость (1-й этап); - с висцеральной брюшины при ревизии брюшной полости (2-й этап)); - из зоны операции после выполнения основного этапа (резекция органа, рассечение спаек и другое) (3-й этап) и с линии анастомоза (4-й этап); - из краев раны брюшной стенки при завершении операции (5-й этап). Для первичного посева содержимого брюшной полости и крови использовался сахарный мясо-пептонный бульон (СМПБ) -150 мл/проба. После забора материалы термостатировали при 37°С в течение суток в условиях аэрирования, а затем пересевали на кровяной агар, желточно-солевой агар, среды Гарро, Эндо, Сабуро. Учитывали результаты посевов. Выросшие микроорганизмы микроскопировали (окраска по Граму и Цилю-Нильсену). Для идентификации использовали пересев микроорганизмов на среду Олькеницкого, среды Гиса, Симонса, желатин, цельную или разведенную изотоническим раствором жидкую сыворотку крови человека. Изучали также микробную обсемененность (количество КОЕ – колониеобразующих единиц)

брюшины, послеоперационной раны, крови. Параллельно с бактериологическими исследованиями проводилось изучение чувствительности микрофлоры к антибиотикам. У больных 2 группы проводилась разработанная нами комплексная профилактика ГВО, включающая в себя, помимо традиционных методов селективную деконтаминацию кишечника (СДК), энтеросорбцию (введение энтеросорбентов на основе Крымской голубой глины, «Белосорба» и «Энтеросгеля») и введение антимикотиков (фуконазол). Результаты исследований. При анализе полученных данных было установлено, что у больных, не получавших курс интенсивной профилактики инфекционных осложнений, микроорганизмы в операционной ране и крови обнаруживались в 100% случаев. Микробный микст (выявление более чем одного вида микроорганизмов) был зарегистрирован у 60,0% пациентов (12 больных из 20). Наличие микроорганизмов в крови было зарегистрировано у 9 больных (45%), причем их идентичность флоре хирургической раны была доказана в 6 случаях (30 %). Грибковая микрофлора была высеяна из материалов 14 больных (70%). Из них более чем в одной пробе грибы были обнаружены у 7 больных (35%). У больных, получавших курс комплексной профилактики инфекционных осложнений по разработанной схеме, при проведении бактериологического контроля было установлено, что микрофлора в операционной ране и крови была выделена в 91% случаев (21 из 23). Микробный микст был зарегистрирован у 77 % пациентов (16 больных). Наличие микроорганизмов в крови было зарегистрировано у 4 больных (19%), причем ее идентичность флоре хирургической раны была доказана в 2 случаях (9,6 %). Грибковая микрофлора была высеяна из материалов 3 больных (14%), причем из крови - только у 1 пациента (4,8%). В ходе исследований было отмечено, что применение комплексной профилактики ГВО повлияло на общую частоту выделения микроорганизмов из операционной раны и крови больных, и привело к заметному перераспределению выделяемых микробов. В таблице 1 приведены основные сравнительные данные по микроорганизмам, выделенным у пациентов из двух групп. Так у больных, которым проводились данные профилактические мероприятия выделение микроорганизмов из крови значительно уменьшилось: резко снизилось выделение дрожжевые грибов (с 70% в гр.1 до 19% в гр.2). Однако, в группе № 2 почти в два раза выросла частота выделения грамположительных кокков. Прирост бактерий происходил, главным образом, за счет стафилококков и микрококков. Применение интенсивной профилактики инфекционных осложнений привело к снижению выделения из ран грамотрицательных палочек, прежде всего *E. coli* (37% в гр.1 до 26% в гр.2). Причинами такого перераспределения может являться различная устойчивость микробов к антибиотикам, а также вероятное изменение характера взаимного влияния в микробиоценозах одного вида микроорганизмов на другие. В послеоперационном периоде ГВО различного характера развились у 6 больных из 23 (21,7%), во 2-й группе у 2 из 20 (10%) пациентов. Таким образом, целенаправленная профилактика послеоперационных ГВО с учетом микробного спектра операционного поля и крови у больных с повышенным риском их возникновения позволяет снизить число таких осложнений и в целом улучшить результаты хирургического лечения больных с плановой хирургической патологией органов брюшной полости и брюшной стенки. Полученные результаты показывают, что сочетанное применение антибактериальных и антифунгальных препаратов для профилактики инфекционных осложнений у иммунокомпрометированных больных с абдоминальной патологией является патоэтиологически обоснованным. Выводы. 1. Частота ГВО у больных повышенного риска находится в прямой зависимости от степени инфицирования брюшной полости и от массивности микробного обсеменения операционной

раны. 2. Частым компонентом микробного пейзажа у больных с повышенным риском возникновения ГВО при абдоминальной хирургической патологии в брюшной стенке, брюшной полости и крови являются кандидозы: *C. albicans*, *C. famata*, *C. tropicalis*, *C. kruzei*, которые как компонент микробиоценоза у хирургических больных с выраженным иммунодефицитом встречается у 70% обследуемых. 3. Проведение комплексных профилактических мероприятий с учетом микробного спектра операционного поля и крови, характерного для каждого возбудителя позволяет снизить количество случаев ГВО у больных с повышенным риском их возникновения при абдоминальной хирургической патологии до 10 – 12%.

9.АНАТОМИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ И ПЛАСТИКА СЕЛЕЗЕНКИ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМ МЫШЕЧНЫМ ЛОСКУТОМ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Праздников Э.Н., Маховский В.В.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Актуальность В 1952 году сообщение Н. King и Н.В. Shumacker о фатальном постспленэктомическом сепсисе, впервые поставило под сомнение общепринятую доктрину спленэктомии. Многочисленными исследованиями было установлено, что селезенка является одним из основных иммунокомпетентных органов человеческого организма, обладающим фагоцитарной активностью и выполняющим функции гуморального и клеточного иммунного ответов (Mebius R.E., 2005; Cesta M.F., 2006). Согласно сводным литературным данным (Arıkan S., 2001; Mufti T.S., 2007), при тупой травме живота на долю травматических повреждений селезенки приходится 57,9-95% случаев наблюдений, при этом в 83,6-89% выполняется спленэктомия, в 11-26,3% различные виды органосохраняющих операций, сопряженные с гораздо меньшим количеством послеоперационных осложнений. Несмотря на многообразие существующих методик, проблема гемостаза в хирургии паренхиматозных органов окончательно не решена и по-прежнему актуальна для клиницистов. Высокий финансовый эквивалент и, как следствие, ограниченная распространенность большинства высокотехнологичных методов достижения окончательного местного гемостаза в хирургии паренхиматозных органов, в настоящее время являются доминирующим стимулом дальнейшего поиска путей решения этой задачи. Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности окончательного местного гемостаза в органосохраняющей хирургии селезенки путем разработки оригинальной методики местного гемостаза. Материал и методы В хроническом эксперименте на 60 беспородных собаках разработана методика окончательного местного гемостаза в органосохраняющей хирургии селезенки путем ее анатомической резекции с пластикой резекционной поверхности васкуляризированным лоскутом наружной косой мышцы живота. Экспериментальное исследование проведено в

соответствии с Международными рекомендациями (Этическим кодексом) по проведению медико-биологических исследований с использованием животных. Оперативные вмешательства выполнены в состоянии базисной общей анестезии с соблюдением правил асептики и антисептики. Лапаротомию выполняли косым разрезом переднебоковой стенки живота слева от угла между XII ребром и позвоночным столбом по направлению к левой подвздошной области до уровня влагища прямой мышцы живота. После ревизии органов брюшной полости, оценки состояния селезенки, пересекали желудочно-селезеночную связку и акцентировали внимание на топографии конечной части селезеночной артерии и ее ветвей. Из медиального края рассеченной по ходу волокон наружной косой мышцы живота от уровня влагища прямой мышцы живота краниально по направлению к проксимальному краю оперативного доступа острым путем формировали васкуляризованный лоскут необходимой длины и ширины. Обработывали и пересекали вентральную (нижнедолевую) ветвь селезеночной артерии первого порядка, ниже места отхождения от нее левой желудочно-сальниковой артерии. В случае отхождения артерии нижнего полюса селезенки от основного ствола селезеночной или от левой желудочно-сальниковой артерии, нижнеполюсная артерия перевязывалась отдельно. Анатомическую резекцию вентральной доли селезенки выполняли по сформировавшейся демаркационной линии, соответствующей границе ишемизированного участка органа. Дистальный край сформированного мышечного лоскута внутренней поверхностью фиксировали к резекционной поверхности селезенки синтетическим монофиламентным шовным материалом Prolene-3/0 обвивным непрерывным швом. Во всех случаях отмечали окончательный местный гемостаз и отсутствие рецидива кровотечения. После завершения пластики, резецированную селезенку с фиксированным участком мышечного лоскута погружали в брюшную полость. Свободный участок васкуляризованного мышечного лоскута у основания дополнительно фиксировали двумя узловыми швами к подлежащему медиальному краю внутренней косой мышцы живота, осуществляя, таким образом, профилактику эвентерации селезенки за счет возможной дислокации лоскута при мышечном напряжении. Операционную рану ушивали послойно, наглухо. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Вывод животных из эксперимента осуществлялся в состоянии наркотического сна на 5, 7, 15, 30, 60, 90, 180, 360 сутки после операции с последующим изъятием и морфологическим исследованием препарата, включающего резецированную селезенку с мышечным лоскутом. Результаты Морфологическое исследование зоны пластики резекционной поверхности селезенки показало, что на 30 сутки после операции происходит плотное сращение мышечного лоскута с паренхимой селезенки и на всей площади резекционной поверхности формируется полноценная, образованная в процессе репаративной регенерации фиброзно-мышечная капсула, которая к 60 суткам после операции определяется как структурное продолжение предсуществующей фиброзной капсулы, прочно срастается с трабекулами красной пульпы и характеризуется преобладанием соединительнотканного компонента. В участках мышечного лоскута, соответствующих площади резекционной поверхности селезенки и подвергшихся локальной соединительнотканной пролиферации, располагается значительное количество мелких артерий и артериол, обеспечивающих кровоснабжение тканей зоны пластики. Сращение пульпы селезенки с мышечным лоскутом происходит за счет трех структурных компонентов: 1) созревающей грануляционной ткани и формирующейся со стороны мышечного лоскута соединительной ткани; 2) разрастания густо расположенных фиброзно-мышечных трабекул; 3) регенерации фиброзной капсулы селезенки вдоль

предсуществующей ее части. Исследование гистологических препаратов через 90, 180 и 360 суток после операции не выявило дальнейшей динамики процесса репарации. Окончательное его завершение происходит к 60 суткам послеоперационного периода. Обсуждение На протяжении более чем столетней истории органосохраняющей хирургии паренхиматозных органов отечественными и зарубежными хирургами разработано и испытано множество различных способов остановки паренхиматозного кровотечения, разделенные на 4 группы: механические, физические, биологические и химические (Литвин А.А., 2000). Каждый из методов имеет свои преимущества и недостатки, которые определяют его эффективность и распространенность. Последняя во многом зависит от экономической доступности, в частности, когда речь идет о высокотехнологичных приборах и материалах. Выводы Установлено, что анатомическая резекция селезенки, изначально обеспечивает перевод профузного паренхиматозного кровотечения, наблюдаемого при атипичной резекции, в более легко контролируемое диффузное. Последующая пластика резекционной поверхности селезенки васкуляризированным мышечным лоскутом обеспечивает окончательный местный гемостаз в кратчайшие сроки выполнения основного этапа операции, не требует от хирурга специальных навыков и наличия в операционной вспомогательных гемостатических средств и материалов. Гладкое течение послеоперационного периода после выполнения операции по оригинальной методике характеризуется интактностью прилежащих к зоне мышечной пластики органов брюшной полости, отсутствием локального спаечного процесса и признаков формирования инфильтрата. Рекомендации Использование васкуляризированной мышечной аутооткани благоприятно сказывается на течении и темпах местных репаративных процессов зоны пластики резекционной поверхности селезенки, не ограничено проникающими ранениями брюшной полости, сопровождающимися ее инфицированием и повреждением полых органов, а также предшествующими операциями на органах верхнего этажа брюшной полости, сопровождающимися спаечным процессом.

10. ПРОБЛЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ РАДИАЦИОННО-ОЖОГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕЁ ИЗУЧЕНИЯ

Козяев В.А, Чмырёв И. В.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно–медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность: анализ последствий ядерных бомбардировок японских городов Хиросима и Нагасаки в 1945 году свидетельствует, что 60-70 % пострадавших, которым оказывалась медицинская помощь имели комбинированные радиационные поражения. Большая часть пострадавших, получивших глубокие ожоги на фоне общего облучения, вскоре погибали. Изолированные лучевые поражения отмечались лишь у 5-15 % пострадавших. Расчеты и компьютерное моделирование последствий ядерных взрывов в городах США показывают, что

в результате формирования зоны сплошных пожаров и радиоактивного заражения местности число пострадавших с комбинированными радиационно-термическими поражениями (КРТП) будет исчисляться десятками тысяч. С середины XX века на объектах промышленности во всем мире регистрируются случаи радиационных поражений людей: Лос-Аламоса, (США, 1945-1946, 1958), Гаррисберг, (США, 1979), Саров (Россия, 1997), Токаймура (Япония, 1999), Гояния (Бразилия, 1997), г. Сорек (Израиль, 1990), Несвиж (Республика Беларусь, 1991). В результате аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 году из 237 пострадавших 10 % имели комбинированные радиационные поражения. В 60 % случаях причиной смерти были обширные лучевые ожоги кожи. Материалы и методы: информационная проработка по отечественным и зарубежным журналам, электронным базам данных (реферативная база PubMed на сайте www.pubmed.com, фонды ЦНМБ 1 МГМУ им. И.М.Сеченова на сайте <http://www.scsml.rssi.ru/>, РГБ на сайте <http://www.rsl.ru>; www.medline.ru; www.elibrary.ru). Промежуточные результаты и обсуждение: экспериментальные исследования, проведенные с целью для изучения комбинированных радиационно-термических поражений, показывают значительное и статистически достоверное повышение смертности животных при сочетании глубокого ожога более 10 % п.т. и общего равномерного облучения, достаточного для развития острой лучевой болезни. В зависимости от дозы поглощенного ионизирующего излучения и общей площади глубокого ожога летальность по данным разных авторов составляла от 42 до 100 %. Среди животных в группах контроля, представленных изолированной ожоговой или радиационной травмой аналогичных степеней тяжести, смертность была значительно ниже. Через 3 часа после травмы у экспериментальных животных с КРТП наблюдается глубокое снижение барьерной функции печени. В течение последующих 24 часов происходит повышение проницаемости кишечного барьера и транслокация кишечной микрофлоры в брызжеечные лимфоузлы. Развитие отёка и воспаления лёгких в последующие 48 часов и повышение уровня провоспалительных цитокинов в крови в течение 72 часов, обуславливает развитие системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности, предопределяя тяжесть состояния пострадавших. Удаление ожогового струпа при глубоких ожогах кожи с общей площадью более 5 % поверхности тела у животных с КРТП на 3-4 сутки после травмы приводит к гибели 100 % пораженных в первые 10 суток. На основании этого факта были сделаны выводы о предпочтительности консервативного лечения глубоких ожогов до периода восстановления острой лучевой болезни. Такая тактика показывает выживание 20 % пораженных животных. В настоящее время доказано, что у пострадавших с любой тяжестью состояния наиболее эффективно максимально раннее иссечение некротических тканей с помощью электро- или ультразвукового оборудования и одномоментное восстановление кожного покрова. Выводы: 1. Патологические процессы, обуславливающие тяжесть течения комбинированного радиационно-термического поражения, развиваются в первые сутки после травмы. 2. Применение ранней некрэтомии ожогового струпа с одномоментной комбинированной пластикой послеоперационных ран у пострадавших с термической травмой, полученной в скрытом периоде острой лучевой болезни, может повысить их выживаемость путем уменьшения отягощающего влияния ожогового компонента на течение общего патологического процесса. 3. Требуется экспериментальное подтверждение или опровержение выдвинутой гипотезы на животной модели комбинированного радиационно-термического поражения.

11. СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Власов А.П. (1), Болотских В.А.(2), Власов П.А.(1), Шейранов Н.С.(1), Васильев В.В.(1)

Саранск Воронеж

1) МГУ им. Н.П. Огарева 2) ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Достижением хирургии на современном этапе развития является разработка новых миниинвазивных операций. Получены обнадеживающие результаты их применения в различных областях хирургии, в том числе абдоминальной. Подчеркнем, что объем самого оперативного вмешательства на органе поражения существенно не изменился, но травма тканей брюшной стенки заметно уменьшилась. Целью работы явилось изучение ряда проявлений ответной метаболической реакции организма на хирургическое лечение острого деструктивного холецистита при различной травматизации брюшной стенки (лапаротомная рана или троакарные раны). Материалы и методы: проведен клиничко-лабораторный анализ больных острым деструктивным холециститом. Пациенты были оперированы с выполнением необходимого объема хирургического вмешательства. Больным контрольной группы (n=67) производили лапаротомный оперативный доступ, в основной (n=103) – лапароскопический. Рандомизированный подбор пациентов в группы осуществлялся по возрасту, гендерному составу, характеру патологий, общепринятым и специальным лабораторным показателям. Клиничко-лабораторное обследование больных обеих групп выполнялось при поступлении и в динамике послеоперационного периода (1, 2, 4, 6-е сутки после операции). Пациентам наряду с рутинными биохимическими анализами крови оценивали выраженность эндотоксемии (в плазме крови определяли уровень молекул средней массы, общую и эффективную концентрацию альбумина) и гипоксии (в плазме крови определяли содержание молочной и пировиноградной кислот с последующим расчетом индекса гипоксии). Результаты. После проведения холецистэктомии с использованием лапаротомного доступа в раннем послеоперационном периоде в крови регистрировали увеличение содержания токсических продуктов. В первые трое суток показатели олигопептидов превышали таковые при поступлении и были выше нормы даже на третьи сутки исследования на 77,6 и 99,6 % ($p < 0,05$) соответственно для $\beta = 280$ нм и $\beta = 254$ нм. На конечном этапе наблюдения отмечалась положительная динамика гидрофильного компонента эндогенной интоксикации, данные показатели снижались относительно таковых при поступлении, но оставались выше нормы на 27,1 и 37,7 % ($p < 0,05$) соответственно. Аналогичная динамика была выявлена и при изучении гидрофобного компонента эндогенной интоксикации по альбумину: положительные изменения показателей отмечены лишь на конечном этапе наблюдения. Во многом аналогичная динамика отмечена и по отношению показателей гипоксии. Применение миниинвазивных технологий в лечении острого деструктивного холецистита выявило положительную динамику всех маркеров эндогенной интоксикации уже с первых суток послеоперационного периода. Отметим, что через двое суток все изучаемые показатели были ниже таковых при поступлении. На конечном этапе клинического наблюдения (5 суток) уровень молекул средней массы ($\beta = 254$ нм) и общая концентрация альбумина достигали нормальных значений. В сравнительном аспекте после проведения холецистэктомии с использованием лапароскопических технологий уровень эндогенной интоксикации и явлений

гипоксии был достоверно ниже на всех этапах периода наблюдения (первых – на 9,7–26,4 %, вторых – на 7,3–16,8 %). Заключение. При применении миниинвазивных вмешательств в раннем послеоперационном периоде отмечаются существенно меньшие расстройства гомеостаза, в частности сравнительно низкая выраженность эндотоксемии и гипоксии, что, безусловно, является немаловажным в улучшении клинических показателей и быстрой реабилитации больных.

12. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Солодов Ю.Ю. (1), Рябова Т.А. (1), Бородкин И.Н. (2), Федоров К.С. (2)

Оренбург

1) ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ; 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±17,7 лет в основной группе, и 58,6±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.

13. ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Солодов Ю.Ю. (1), Демин Д.Б. (1), Лайков А.В. (2), Савин Д.В. (2)

Оренбург

1) ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ? 2) ГАУЗ "ГКБ им. Н.И. Пирогова"

Неудовлетворенность результатами известных способов хирургического лечения деструктивного панкреатита диктует необходимость внедрения новых подходов к решению данной проблемы. Следуя современным канонам минимизации агрессии хирургического доступа и пользуясь достоинствами существующих методов диагностического поиска, в практику хирургического лечения данной категории больных был внедрен малоинвазивный хирургический доступ под интраоперационной ультразвуковой навигацией. Клинический пример: больная Н., 33 лет. Диагноз: Инфицированный панкреонекроз. Гнойно-некротический парапанкреатит. Поступила в экстренном порядке 09.08.14 в тяжелом состоянии с нестабильной гемодинамикой. По данным УЗИ: Свободная жидкость в спленоренальном кармане в большом количестве. Проведена кратковременная предоперационная подготовка. 09.08.14. выполнена диагностическая лапароскопия – при

осмотре в подпечёночной области обнаружен инфильтрат, возникло подозрение о прикрытой перфоративной язве. Была произведена конверсия на лапаротомию: при ревизии выявлен острый смешанный панкреонекроз с разлитым серозно-геморрагическим перитонитом. Выполнена ревизия, абдоминализация поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства в поясничной области справа и слева, холецистостомия, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело: несмотря на проводимую интенсивную терапию сохранялась высокая лихорадка. В динамике 19.08.14 по данным УЗИ обнаружено: скопление ограниченной жидкости в правом подпечёночном пространстве 15x110x20 мм. По данным КТ 26.08.14 выявлен массивный параколический затек слева до малого таза (Е-степень тяжести воспаления по E.J. Balthazar, 1994г.). 27.08.14 под контролем УЗИ выполнено дренирование гнойно-некротического парапанкреатита левого параколического пространства (параколической флегмоны слева) из двух малоинвазивных доступов: в левой подвздошной и левой поясничной областях. Во время вмешательства удалено до 200 мл гноя с множеством крупных секвестров. В послеоперационном периоде проводилась активная промывная санация полости растворами антисептиков, перевязки. Состояние больной оставалось тяжелым. 02.09.14 под наркозом выполнена программированная ревизия ран, секвестрэктомия. По дренажам длительное время отходило гнойное отделяемое с большим количеством крупных и мелких секвестров. В дальнейшем состояние больной постепенно улучшилось: нормализовалась температура, по дренажам уменьшилось отделяемое. 16.10.14 больная выписана с улучшением на долечивание в амбулаторных условиях. Длительность госпитализации: 87 койко-дней.

14.АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ И РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

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

Оренбург

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Оренбургский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

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 исследованию 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.

15. ХИРУРГИЯ «МАЛЫХ ДОСТУПОВ» В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Солодов Ю.Ю., Демин Д.Б., Гусев Н.С., Фуныгин М.С., Соболев Ю.А.,
Кондрашов Н.И., Савни Д.В.*

Оренбург

ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ

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. Материал 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, прогрессированием гнойного процесса. 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.

16. НАРУЖНЕЕ ТРАНСАНАСТОМОЗНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ 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 наложений 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.

17.ПОВЫШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Быков А.В., Мяконький Р.В.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. По данным Минздрава РФ, в 2015 г. по сравнению с 2014 г. число врачей, работающих в федеральных и региональных медорганизациях, выросло всего на 0,2%, или 1061 человека. Эксперты рабочей группы Общероссийского народного фронта (ОНФ), проанализировав правительственный доклад об обеспечении системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 г., подсчитали, что подобными темпами для ликвидации дефицита врачей понадобится не менее 37 лет. За последние 4-5 лет в России на 1/3 сократилось число хирургов (не ставок, а физических лиц). Существующая ситуация вызывает тревогу и требует масштабных стратегических решений, так как в данной тенденции заложена мина большой мощности. Хирургия без хирургов – это страна без армии (из доклада академика РАН В.А. Кубышкина на I Национальном хирургическом конгрессе, 2017г.). Для того чтобы восполнить дефицит общих хирургов выпускниками медицинских вузов, которые получают образование по специальности «Хирургия» по приблизительным подсчетам

экспертов составляет не менее 7-8 лет. Речь идет не о формальном укомплектовании штатов хирургической службы медицинских учреждений, а о достижении начинающими хирургами необходимых компетенций для самостоятельной хирургической практики с позиции безопасности для пациентов. Все это ориентирует на поиск новых эффективных подходов к повышению качества и уменьшению сроков подготовки начинающих хирургов. Материалы и методы. Проведен поиск способов повышения профессиональных возможностей начинающих хирургов, приступающих к самостоятельной хирургической практике. Через осуществление модели наставничества и применения принципов организации процесса подготовки с учетом конуса обучения (КО) Е. Dale проанализированы скорость и качество формирования компетенций у не стажированных хирургов. Клинические ординаторы двух хирургических кафедр были разделены на группы. В первой группе обучение проводилось традиционно согласно программы. Во второй группе осуществлялось активное наставничество, а обучение было построено с учетом КО Е. Dale. Исследование проводилось на протяжении полугода, после чего проводился контроль теоретической и практической подготовки. Полученные результаты. Существующая на сегодняшний день программа подготовки построена главным образом на самообразовании обучающегося. При этом согласно КО Е. Dale задействуется в большей степени пассивная форма обучения: чтение, прослушивание лекций, просмотр видеофильмов и презентаций, наблюдение за оперативными вмешательствами. Установлено, что спустя 2 недели в памяти обучающегося при чтении остается не более 10% информации, лекции – 20%, просмотра видеофильмов и презентаций – 30-50%. Без закрепления полученной информации с увеличением времени от момента ее получения процент ее усвоения прогрессивно снижается. При наставничестве и применении активного обучения: участие в дискуссии, выступление с докладом, подготовка презентации, имитация реального опыта (тренажеры и симуляторы), реальное выполнения манипуляций и оперативных вмешательств, позволяет усвоить и закрепить 70-90% информации и практического навыка. Достаточно трудно точно количественно оценить степень теоретической и практической подготовки в исследуемых группах обучающихся, поскольку большое значение имеют индивидуальные особенности каждого конкретного ординатора. Тем не менее, удалось установить, что реализуется принцип: «слышу-забываю, вижу-запоминаю, делаю-понимаю». Обсуждение. Не возникает сомнений в том, что последипломное образование врачей, в том числе хирургов, нуждается в модернизации. Наряду с нарастающим отчуждением кафедр медицинского вуза от практического здравоохранения, нарастает и отчуждение обучающихся от непосредственной хирургической работы. В ходе произошедшего изменения законодательства и непрекращающихся реформ в здравоохранении и образовании нашей страны, зачастую, преподаватель-хирург, лишенный права оперировать, не может быть хорошим преподавателем хирургии. Проведенная работа позволила установить, что при осуществлении модели наставничества и активного обучения приобретение необходимых компетенций происходит за более короткий период. Сотрудники хирургических кафедр должны иметь законодательно закрепленную возможность участвовать в лечебном процессе на всех его этапах. Или же ординаторы должны на время обучения закрепляться за опытным практическим хирургом хирургического отделения. Основная сложность формирования хирургов заключается в приобретении ими компетенций, относящихся к манипуляционной деятельности специалиста. Сравнение федеральных государственных образовательных стандартов 3-го поколения для медицинских вузов, применяемых в отечественных медицинских вузах, с западными показало, что практика в

России занимает 10%, в Барселоне – 36%, в Ганновере – 44%. Выводы. Таким образом, в системе подготовки хирургов имеется ряд проблем, которые требуют незамедлительного решения. Крайне важно создание системы наставников/кураторов, как официального социального института в профессиональном хирургическом сообществе. Поскольку хирургическое мастерство передается от учителя к ученику. Профессиональное сообщество должно принимать активное участие в законотворчестве в части высшего образования, подготовки и деятельности хирурга. Рекомендации. Представляется целесообразным на базе Российского общества хирургов (РОХ) в целях поддержки молодых специалистов, способствованию их профессионализации и адаптации в профессии создание Совета нестажированных хирургов и Совета наставников. Необходимо активизировать совместную работу Минздрава РФ и РОХ в разработке мер по улучшению качества подготовки начинающих хирургов. Обратиться в Минздрав РФ и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования с предложением упорядочить вопросы оплаты труда сотрудникам клинических кафедр ВУЗов при выполнении ими наставничества при обучении нестажированных хирургов и курсантов факультетов усовершенствования врачей.

18.ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

*Щеголев А.А.?, Папоян С.А.?, Мутаев М.М.?, Красников А.П.?,
Радченко А.Н.?, Сазонов М.Ю.?*

Москва

1- ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова, кафедра хирургических болезней педиатрического факультета 2- ГБУЗ “ГКБ им Ф.И. Иноземцева” Москва, Россия, 105187 Россия, г Москва, ул. Фортунатовская, 1.

Цель: Оценить эффективность собственных результатов эндоваскулярной реваскуляризации при синдроме хронической абдоминальной ишемии. Материал и методы: Рентгеноэндоваскулярные исследования у больных проводились по общепринятой методике. Больному за сутки до процедуры назначали антиагреганты (клопидогрель 300мг), со дня операции больной получал ко-плавикс 100/75мг. За 30 минут до исследования в/в вводили 2мг цефтриаксона. Ангиографическое обследование проводилось на ангиографической установке формы Toshiba. Использовались контрастные йодсодержащие вещества “ultravist 370”, введение контрастного вещества осуществлялось автоматическим шприц-инжектором Angiomat -Illumena. Рентгеноэндоваскулярная ангиопластика и стентирование выполнялось плечевым у 11(58%) больных и у 8(42%) больных бедренным доступом по методике Сельдингера. Далее выполнялась аортография в переднезадней и боковой проекциях катетерами типа Cobra, Simmons или Jadcins. У всех больных выполняли преддилатацию стеноза перед имплантацией стента. После завершения ангиопластики и стентирования

обязательно выполняли контрольную ангиографию для определения степени остаточного стеноза, выявления возможных осложнений (отслоение интимы, эмболии, тромбоза). На область пункции накладывали давящую повязку с последующим назначением больному на сутки постельного режима, внутривенную инфузию около 1.5-2литров, следить за повязкой. После операции больные получали ацетилсалициловую кислоту 125мг и клопидогрель 75мг. сутки. В период с 2015 по 2017 год в отделение сосудистой хирургии ГКБ им Ф.И. Иноземцева прооперировано 19 пациентов с клиникой хронической ишемией органов пищеварения. Возраст больных от 57 до 77лет, средний возраст составил $67,4 \pm 7,4$ года. Распределение по полу составило: 10(53%) мужчин и 9(47%) женщин. Известно, что 7(36%) больных ранее переносили острый инфаркт миокарда, у всех 14(73%) больных имелась гипертоническая болезнь. При этом 1 (5,2%) больной перенес ранее операцию коронарного шунтирования, каротидную эндактерэктомию 3(15,7%)больных, эндоваскулярную операцию на артериях н/к 3(15,7%), эндоваскулярную операцию на артериях н/к и почечной артерии 1(5,2%), и у 1 (5,2%) больного выполнена операция декомпрессия чревного ствола по поводу синдрома Данбара. Всем больным выполняли клинические и биохимические анализы крови, электрокардиографию, эхокардиографию, гастроскопию, фиброколоноскопию, ультразвуковое дуплексное сканирование брюшной аорты, артерий нижних конечностей и брахиоцефальных сосудов, и мультиспиральную компьютерную томография в сосудистом режиме, аортоангиографию висцеральных ветвей аорты в двух проекциях. Результаты У всех 100% больных выполнена балонная ангиопластика и стентирование верхней брыжеечной артерии. Имплантированы: 8 стентов Palmaz – genesis, 6 стентов Smart-control и 5стентов Assurant cobalt. Средний диаметр имплантированных стентов составил $8,4 \pm 0,54$ мм, а средняя длина стента - $29 \pm 7,6$ мм. Во время операции использовала контрастный препарат ультравист 370, средний расход на операцию составил 220 ± 67 мл. Осложнений и летальных исходов, связанных с эндоваскулярным вмешательством не было. После операции все больные отметили улучшение общего состояния в виде полного прекращения абдоминального болевого синдрома. Выводы Рентгенэндоваскулярная ангиопластика и стентирование при синдроме хронической абдоминальной ишемии является эффективным, малоинвазивным методом лечения и может применяться преимущественно при атеросклеротическом поражении непарных висцеральных ветвей брюшной аорты. Результаты эндоваскулярной реваскуляризации при синдроме хронической абдоминальной ишемии позволяют применять этот метод в качестве альтернативы хирургической операции у ряда больных с высоким хирургическим риском.

19.К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА.

Сажин А.В., Петухов В.А.

Москва

РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Актуальность проблемы лечения сахарного диабета (СД) подчёркивают статистические данные. В РФ проживают более 6,76 млн больных СД, затраты на лечение пациентов с осложнениями СД в три раза превосходят таковые без осложнений, у 19,3% взрослого населения России наблюдается преддиабет. Целевые значения гликированного гемоглобина при консервативной терапии достигаются только у 52% пациентов с инсулинрезистентным СД. В этой связи необходимо изменение парадигмы лечения СД в сторону раннего и более «агрессивного» управления гипергликемией и сердечно-сосудистыми осложнениями диабета. К сегодняшнему дню известно свыше ста различных бариатрических оперативных вмешательств при ожирении для снижения массы тела, СД2 при этом являются сопутствующей патологией. Доказательств выбора метода бариатрических операций при СД2 и нормальной массе тела нет. СД2 и ожирение – принципиально разные дисметаболические заболевания, поэтому и вмешательства, выполняемые по поводу каждого из них в отдельности, либо в сочетании друг с другом, должны быть различными. Все существующие баро-метаболические хирургические вмешательства и при ожирении, и при СД2 нарушают деятельность пищеварительно-транспортного конвейера и создают все патологические условия для мальдигестии. В погоне за снижением массы тела «приносится в жертву» всасывание и переваривание пищевых компонентов. Искусственно создаётся синдром нарушенного пищеварения, но доказательств необходимости подобной «жертвы» до сих пор не представлено. В этой связи все широко распространённые хирургические вмешательства при ожирении даже теоретически нельзя относить к этиопатогенетически обоснованным для СД2. Современные научные данные доказывают, что СД2 является воспалительным заболеванием. Воспаление также является основной причиной, а не следствием ожирения, связанного с инсулинрезистентностью, гипегликемией и гиперлипидемией. В этой связи эти две патологии (СД2 и ожирение) следует относить к различным дисметаболическим заболеваниям, общими у них являются лишь отдельные этиопатогенетические факторы – дисбиоз желудочно-кишечного тракта, хроническая эндотоксиновая агрессия и обусловленное ею хроническое воспаление. Нарушения микробиома кишечника и метаболизма желчных кислот (ЖК) считаются наиболее перспективными мишенями лечения СД2, направленного на восстановление печёночно-кишечной циркуляции желчных кислот (ЭГЦЖК), обеспечивающей координацию гемостаза глюкозы, жиров и энергии в организме. Современные бариатрические вмешательства, применяемые для хирургической коррекции гипергликемии при СД2, особенно при нормальном индексе массы тела, не корректны со всех позиций, т.к. нет научно-обоснованных доказательств и объяснений их механизмов действия. Патофизиологическую основу эффективных с точки зрения ожирения и СД2 операций должны составлять восстановление микробиоценоза толстой кишки, синтеза и концентрации ЖК в плазме крови и их энтерогепатической циркуляции. Операция парциального илеошунтирования (ПИШ) в дополнение к известному холестеринснижающему эффекту

способна нормализовывать метаболизм глюкозы при СД2. Метаболический эффект операции ПИШ основан на выключении из пищеварения 2 – 2,5 метров подвздошной кишки (хирургическая блокада ЭГЦЖК). Резюме. Новые механизмы этиопатогенеза СД2 включают нарушения микробиома кишечника и нарушения ЭГЦЖК, реализующиеся в итоге потерей физиологической роли ЖК в метаболизме организма. Именно ЖК и микробиом кишечника должны быть объектами хирургического вмешательства при СД2. Хирургическая блокада ЭГЦЖК является единственным этиопатогенетически обоснованным и наиболее перспективным методом лечения СД2.

20.ЭЗОФАГОКАРДИОФУНДОПЛАСТИКА КАК ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ III-IV СТАДИИ

Анищенко В.В. (1), Ковган Ю.М.(1), Налбандян А.Г.(2), Ким Д.А.(1), Платонов П.А.(1)

1)Новосибирск, 2) Белово

1) НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск-Главный ОАО "РЖД", 2)
НУЗ "Узловая больница на станции Белово ОАО "РЖД"

Ахалазия кардии (АК) является одним из наиболее распространенных нейромышечных заболеваний пищевода. Средняя частота возникновения – 0,3-1,63 случая на 100000 человек. Этиология остается неизвестной. Наиболее распространенная теория: реализация аутоиммунных, вирусных и генетических факторов у конкретного пациента. Патогенез характеризуется развитием хронического воспаления постганглионарных нейронов межмышечного сплетения. В результате возникает тетрада функциональных изменений: гипертонус нижнего пищеводного сфинктера (НПС), отсутствие его рефлекторного раскрытия, исчезновение первичной перистальтики тела пищевода и повышение его внутриполостного давления. Это определяет клиническую картину ахалазии: дисфагия, регургитация, снижение массы тела, боли за грудиной и бронхо-легочные осложнения. Любые современные методы лечения направлены на снижение тонуса НПС и носят исключительно симптоматический характер. Консервативное лечение неэффективно и применяется для облегчения симптомов на ранних стадиях или при наличии абсолютных противопоказаний к более инвазивным методикам. Эндоскопические способы: введение ботулотоксина, баллонная дилатация и пероральная эндоскопическая миотомия имеют ограниченные возможности для применения при III и IV стадиях и демонстрируют относительно высокий процент рецидивов дисфагии. Кардиомиотомия по Геллеру является методикой выбора для хирургического лечения АК, но несмотря на это остается неэффективной в 10% случаев у пациентов с терминальной стадией, в связи с чем, этой категории пациентов выполняется экстирпация пищевода с пластикой желудочным или толстокишечным трансплантатом. В связи со всем сказанным выше, целью данной работы явилось продемонстрировать непосредственные результаты лапароскопической эзофагокардиофундопластики (ЭКФП), дополненной передней неполной

фундопликацией по Дору у пациентов с АК III-IV стадии. Данная операция была разработана на базе кафедры хирургии ФПК и ППВ Новосибирского Государственного Медицинского Университета в 2002 году (RU 2236181). Суть операции заключается в наложении аппаратного анастомоза через зону НПС между левой стенкой пищевода и дном желудком. Данным способом оперировано 54 пациента с АК III-IV стадии за период с 2000 по 2015 гг. Из них 28 мужчин (51,85%) и 26 женщин (48,15%). Средний возраст составил $Me=51$ год (диапазон от 21 до 65 лет). В соответствии с классификацией Петровского Б.В. (1957 г.): III стадия диагностирована у 20 человек (37%), IV – у 34 (63%). Давность анамнеза составляла $M\pm m=3,5\pm 0,8$ года. По опроснику Eckardt перед операций респонденты набирали $M\pm m=9,5\pm 0,5$ баллов. Период наблюдения за пациентами составил $M\pm m=6,5\pm 2,5$ лет (диапазон от 1 до 15 лет). Пациенты обследованы через 6 месяцев, 1, 2 и 5 лет. По результатам гистологического исследования материалов эндоскопической гастроскопии не было зарегистрировано ни одного случая возникновения рака эзофагокардиальной зоны или пищевода. Жалобы на дисфагию, в течение периода наблюдения, были отмечены у 6 пациентов (11,1%). Все они имели IV стадию АК до операции. У 4 из них ни рентгенологически, ни эндоскопически не было обнаружено анатомического препятствия прохождению пищи. Причина дисфагии, в этом случае, заключается в отсутствии первичной и вторичной перистальтики тела пищевода. Это утверждение было подтверждено манометрией. Двум пациентам было выполнено 3 сеансов баллонной дилатации зоны соустья с хорошим клиническим эффектом. В процессе дальнейшего наблюдения за этой группой пациентов явления дисфагии носили периодический характер, хорошо контролировались диетой и не требовали активных мероприятий. В 97,3% случаев клинической картины гастроэзофагеального рефлюкса не было. Стабильное проявление рефлюкса, подтвержденного рН-метрией, встретилось в 2 случаях (3,7%). Рентгенологически данных за несостоятельность фундопликационной конструкции не выявлено. Был назначен постоянный прием ингибиторов протонной помпы и обволакивающих средств с хорошим клиническим эффектом. По шкале Eckardt в послеоперационном периоде 50 пациентов (93%) набирали не более 3-х баллов, что интерпретируется как ремиссия. Из 4 пациентов (7%): 2 из которых с явлениями дисфагии и 2 со стриктурой анастомоза, первоначально достигавшие 6-7 баллов, после проведенного лечения, набирали 3 балла. Лапароскопическая ЭКФП с фундопликацией по Дору демонстрирует хороший долгосрочный результат по разрешению дисфагии и может активно конкурировать не только с другими кардиопластическими методиками, но и с операцией Геллера. Относительная простота выполнения, отсутствие риска перфорации слизистой, меньшее количество интраоперационных осложнений, уверенный и длительный послеоперационный эффект позволяют рекомендовать данную операцию в качестве методики выбора при лечении АК даже III-IV стадии.

21. ВОРОТНАЯ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМА: РАДИКАЛЬНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И БИОЛОГИЯ ОПУХОЛИ.

Жариков Ю.О., Кожемякина В.В., Коваленко Ю.А.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии имени А.В.Вишневского» Минздрава России

Актуальность: Воротная холангиокарцинома (ВХ) является наиболее частой злокачественной опухолью желчных протоков и составляет более половины всех случаев холангиоцеллюлярного рака. Лечебная тактика при ВХ остается актуальной проблемой хирургической онкологии. При этом достаточно высока частота рецидивов опухоли, несмотря на проведение радикальной операции. Цель: изучить отдаленные результаты хирургического лечения больных с ВХ в зависимости от радикальности проведенного оперативного вмешательства и определить морфологические факторы, характеризующие высокую биологическую активность опухоли. Материалы и методы: объектом исследования являлись оперированные пациенты с ВХ (50 (79,7%) из 69 больных), проходившие лечение с 2011 по 2016 гг. в Институте хирургии имени А.В.Вишневского. Обследование пациентов с ВХ осуществлялось по стандартному протоколу с учетом рекомендаций NCCN (The National Comprehensive Cancer Network). Доля мужчин составила 78,3% (n=35), женщины – 21,7% (n=15), средний возраст больных составил 57,1±11,3 лет (от 26 до 70 лет). В соответствии с классификацией Bismuth-Corlette преобладали пациенты с IV типом распространения опухоли (68% больных (n=34)). Больным, включенным в проведенное исследование, выполнялись традиционные гемигепатэктомии (у 33 (66%) больных) и расширенные резекции печени (у 10 (20%) больных) с резекцией внепеченочных желчных протоков, резекция S1 печени проведена в 26 (52%) случаях. Для выявления достоверных факторов риска был выполнен моно- и полифакторный регрессионный анализ Кокса. Анализ выживаемости пациентов после оперативного лечения проведен по методу Каплана-Мейера. Результаты: 1-, 3-, 5 -летняя выживаемость составила 77,9%, 31,7%, 21,1%. Резекция опухоли R1 выполнена более чем в половине случаев (у 28 (56%) больных). Циторедуктивная операция выполнена у 3 (6%) пациентов. R0 резекция достигнута у 19 (38%) больных, несмотря на преобладание в исследовании больных местнораспространенными опухолями (IV тип по Bismuth-Corlette). При сравнении 1-, 3-, 5 -летняя выживаемость среди пациентов с R0-резекцией составила 92,3%, 46,1%, 34,6% соответственно; при R1 и R2 резекции общая 1-, 3 -летняя выживаемость составила 78,9%, 18,8% соответственно, 5-летней выживаемости не было (p=0,00449). При полифакторном анализе было выявлено, что наиболее значимым морфологическим параметром опухоли, определяющими прогноз течения заболевания является степень дифференцировки клеток опухоли (p = 0,0011), при этом достоверной зависимости между стадией заболевания и радикальностью оперативного вмешательства получено не было. Заключение: таким образом, отдаленные результаты во многом зависят не только от объема и радикальности проведенного оперативного вмешательства, но и от «биологических» характеристик. Дальнейшее расширение знаний об опухолевой прогрессии на молекулярно-генетическом уровне может способствовать совершенствованию лечебного алгоритма комплексной терапии больных с опухолью Клатскина.

22.АЛГОРИТМЫ ФАСТ-ТРЕК ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ И ХОЛЕЦИСТИТЕ. ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Сажин А.В., Нечай Т.В., Тягунов А.Е., Ануров М.В.,
Мельников-Макарчук К.Ю., Тягунов А.А., Карпов А.В.*

Москва

- 1) ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова
- 2) ГБУЗ Городская клиническая больница №4 ДЗ г. Москвы

Введение. В плановой хирургии методы снижения периоперационного стресса изучаются два десятилетия, их применение позволило снизить уровень послеоперационных осложнений, длительности нахождения пациента в стационаре, стоимости лечения летальности. Благодаря применению этих алгоритмов ряд операций перешел в разряд амбулаторных. В то же время в экстренной хирургии вопросам изучения протоколов ускоренной реабилитации посвящено небольшое количество работ. Цель работы: изучить протокол ускоренно реабилитации в ургентной хирургии при лечении пациентов с острым аппендицитом (ОА) и острым холециститом (ОХ). Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование. В исследование включено 60 пациента с ОА и 17 пациентов с ОХ. По протоколу fast-track пролечено 37 пациента, по стандартному протоколу 40. В исследование включены пациенты с осложненными формами ОА и ОХ. У 9 (24%) пациентов основной группы и 11 (27,5%) контрольной были деструктивные формы ОА и ОХ, разлитой перитонит или инфильтрат. Длительность заболевания, время от момента поступления в стационар до начала операции и прошедшее с момента последнего приема пищи в группах не отличалось. Протокол включал: 1) Антибиотикопрофилактику (Цефтриаксон или Ципрофлоксацин и Метрогил или Сультасин) за 30 минут до операции с отказом от антибиотикотерапии после операции (кроме случаев распространенного перитонита) 2) Ограничение использования дренажей 3) Инфильтрационная анестезия троакарных проколов и брюшины местным анестетиком пролонгированного действия (Бупивакаин или Ропивакаин) 4) Активизация больного через 2 часа после операции 5) Кормление через 4 часа после операции (жидкая пища) при отсутствии тошноты 6) Антиэметики у пациентов группы риска по послеоперационной диспепсии 7) Информирование пациента 8) минипневмоперитонеум (8-10 мм.рт.ст.). 9) Минимальная мощность электрохирургического воздействия (30Вт) 10) Ограничение интра- и послеоперационных инфузий. 11) Удаление брыжеечки аппендикса. Болевой синдром регистрировался по визуально-аналоговой шкале сразу после операции, через 2 часа, 6 часов и в интервале 12-24 часа после операции. Перистальтика кишечника аускультативно оценивалась каждые 2 часа после операции. У 6 пациентов основной и 4 пациентов контрольной группы была произведена 24-часовая запись моторики кишечника при помощи устройства Гастроскан-ГЭМ (НПО «Исток»). Для объективизации степени выраженности периоперационной стрессовой реакции и определения корреляции ее с ВАШ, 16 пациентам выполнено исследование уровня кортизола. После выписки на 2-й и 30-й день проводилось телефонное анкетирование. Дополнительно в эксперименте по электрохирургическому воздействию на 4 трупных подготовленных участках слепой кишки с аппендиксами изучено распространение тепла при минимальных и рабочих настройках

коагулятора в различных режимах. Результаты. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и характеру основной и сопутствующей патологии. Всем пациентам выполнена лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) или холецистэктомия (ЛХЭ) под эндотрахеальным наркозом, в группе ФТ 8 пациентов оперированы с применением ларингеальной трубки. Болевой синдром по ВАШ в группе ФТ был ниже непосредственно после операции: $2,16 \pm 2,42$ баллов против $4,3 \pm 2,48$ баллов, через 2 часа ($1,91 \pm 2,02$ балла против $3,95 \pm 2,07$), 6 часов ($1,72 \pm 1,84$ балла против $3,65 \pm 1,85$) и 12-24 часа ($1,92 \pm 1,93$ против $3,56 \pm 1,93$) ($p < 0,01$). Частота френикус-симптома в основной была у 35% пациентов, в контрольной у 50%. Применение Бупивакаина для местной инфильтрационной анестезии сопровождалось высокой частотой тошноты у пациентов основной группы – 27%. После перехода на Ропивакаин в качестве местного анестетика, при условии применении антиэметиков, частота диспепсических явлений в группах сравнялась. Концентрация кортизола в группах достоверно не различалась. Перистальтика в основной группе появилась через $8,75 \pm 1,3$ ч в контрольной $12,6 \pm 1,9$ ч. Время появления стула в группах не отличалось - $38,8 \pm 27,7$ ч и $28,05 \pm 18,78$ ч соответственно. Средняя продолжительность госпитализации в группе ФТ составила 1,73 к/д, в контрольной 4,01 к/д. В основной группе у 1 пациента возникло нагноение послеоперационной раны, в контрольной у 6 пациентов развился послеоперационный инфильтрат. По данным телефонного анкетирования повторных госпитализаций, эпизодов лихорадки, болевого синдрома, отдаленных осложнений и летальных исходов в обеих группах не было. В эксперименте на трупах были получены данные по нагреву купола слепой кишки и тканей вблизи основания аппендикса. При минимальной рабочей мощности коагулятора во время ЛАЭ максимальная температура на куполе слепой кишки и в области основания отростка составила 46°C . При рабочей мощности коагулятора купол слепой кишки нагревался до 60°C , а при коагуляции слизистой брыжеечки отростка до 92°C в как при рабочей так и при минимальной мощности коагулятора. Обсуждение. Не смотря на снижение боли по ВАШ, выраженность стрессового ответа организма, учитывая данные кортизола, в группах не отличалась. Это данные коррелируют с представлениями о том, что данный вид анестезии, даже будучи эффективной не приводит к заметным модуляциям стресс-ответа. По-видимому только центральные блокады обладают стресс-протекторным действием. Этот вопрос требует дальнейшего изучения и набора пациентов для формирования выводов. Обработку слизистой культи аппендикса электрокоагуляцией нельзя рекомендовать к применению в клинической практике по причине значительного нагрева окружающих тканей, с высокой вероятностью термической травмы купола слепой кишки и основания отростка. Таким образом, в лечении пациентов с острым холециститом и аппендицитом, в том числе осложненным, протокол ФТ показал преимущества перед традиционным ведением пациентов в плане снижения койко-дня, болевого синдрома, при отсутствии повторных обращений за медицинской помощью и летальности. Удаление брыжеечки отростка и отказ от коагуляции слизистой позволили, на наш взгляд, снизить количество инфильтратов после аппендэктомии.

23.ОПТИМИЗАЦИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЛАПАРОТОМНОЙ РАНЫ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ

Власов А.П., Зайцев П.П., Болотских В.А., Власов П.А., Кононенко С.В., Кренделев И.А.

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Одним из сложных является вопрос управления репаративным процессом тканевых структур. От качественных характеристик регенерации во многом зависит исход операции, в частности развитие осложнений. Решение проблемы возможно не только благодаря совершенствованию оперативных приемов, но и за счет использования физических агентов, в частности лазерного излучения. Целью исследования явилось изучение эффектов лазерной терапии на репаративный процесс тканевых структур лапаротомной раны. Материал и методы. Клинико-лабораторные исследования проведены на 48 больных острым аппендицитом, которым проведена аппендэктомия. Интраоперационный диагноз: острый деструктивный аппендицит, осложненный диффузным перитонитом. В первой группе (n=24) в раннем послеоперационном периоде проведена традиционная терапия, во второй (n=24) – и лазерная терапия (ежедневные сеансы лазеротерапии аппаратом). Больные в группы подобраны по нозологии, объему хирургических вмешательств, возрасту, лабораторным показателям. Сроки наблюдения 1, 2, 3, 5 суток. Процесс репаративной регенерации оценивали по ранотензиометрии и цитологическому исследованию раневого экссудата. Кроме того в тканях регистрировали окислительно-восстановительный (редокс) потенциал, коэффициент диффузии кислорода, микроциркуляцию, а в плазме крови – активность фосфолипазы A2, содержание малонового диальдегида, диеновых конъюгатов. Результаты. Течение репаративного процесса раны на фоне применения лазерной терапии протекало совершеннее, что в первую очередь выразилось в характеристиках раневого экссудата, которые свидетельствовали о сравнительно быстром стихании воспалительного процесса и переходе в репаративную фазу. Так, в раневом экссудате отмечено снижение, по сравнению с контролем, количества нейтрофилов в первые 3 суток. К 3-5-м суткам после операции в цитограммах определялось уменьшение их дегенеративных форм. Зарегистрировано повышение регенеративно-дегенеративного ин-декса, который был больше соответствующего показателя контрольной группы на 82,1 % (p<0,05). Установлено быстрое повышение в раневом экссудате тканевых полибластов. Ранотензиометрия также показала лучшие характеристики течения процесса заживления раны на фоне лазерной терапии. Начиная с 3 суток после операции, сила биологической консолидации существенно отличалась от таковой контрольной группы. Применение комплексной терапии в раннем послеоперационном периоде приводило к улучшению диффузионной способности тканей для кислорода и биоэнергетики. По линии швов раны отмечено восстановление микроциркуляции, в плазме крови – уменьшалась интенсивность липопероксидации и фосфолипазной активности. Анализируя результаты, можно констатировать о способности лазерной терапии оптимизировать заживление тканей в области раны. В основе модулирования репаративного процесса лежит ее способность улучшать (быстро восстанавливать) состояние биоэнергетических систем за счет улучшения микроциркуляции, противоотечного действия, что быстро нормализует агрегатное состояние тканей и их

свойства как диффузионной среды для кислорода. Указанный эффект лежал в основе уменьшения послеоперационных осложнений со стороны раны.

24. РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Юдин В.А., Прилуцкий А.А.

Рязань

Министерство здравоохранения Рязанской области

Современное состояние хирургии в данном регионе ЦФО мало чем отличается от многих других подобных регионов. За последние 20 лет хирургия в ЦРБ планомерно превратилась в хирургию экстренной направленности, что вполне закономерно, с учётом особенностей распределения населения между селом и городом. Неизбежное сокращение коечного фонда привело и к снижению числа физических лиц врачей и среднего медперсонала. Эпоха универсальных хирургов закончилась, вместе с резким изменением программы обучения хирургов. В связи с изменением статуса сотрудников клинических кафедр, произошла смена ориентиров влияния академической школы на повседневную работу хирургической службы здравоохранения регионов. В то же время, существенное увеличение современного оборудования и расходных материалов, позволило достичь успеха в хирургии, за счёт инновационных технологий. Намечившаяся тенденция в плане создания узкоспециализированных служб позволило достичь более углубленного понимания происходящих патоморфологических процессов и, следовательно, повысить эффективность лечения больных. На сегодняшний день можно признать, что понятие общей хирургии осталось только в скорпомощной хирургии. Таким образом, современное состояние региональной хирургии требует перестройки и приведения ее к оптимально возможным параметрам при стабильной результативности лечебно-диагностического процесса. Проанализировав данные статистического анализа за последние десятилетия, мы пришли к выводу, что одним из вариантов оптимизации хирургической службы является переход на трехуровневую систему этапности оказания хирургической помощи. Таким образом, на первом уровне остаётся urgentный первичная хирургическая помощь по утверждённому стандарту и отдельные виды плановой хирургии. На втором уровне углубленные виды хирургической помощи в рамках межрайонных центров, создаваемых по территориальному принципу (дороги, удаленность, численность населения). На третьем уровне специализированная и высокоспециализированная хирургическая помощь в хирургических центрах областного центра. Такой подход позволяет максимально эффективно расходовать материальные людские ресурсы для достижения ожидаемого эффекта профилактики и лечения хирургической патологии. Это позволяет рационально распределять материальные ресурсы для достижения цели лечения. На данном этапе развития общества это один из

вариантов достижения поступательном совершенствовании хирургической службы. Одним из сложных вопросов концептуального решения развития хирургии ЛПУ 1-2 уровня является внедрение новых технологических приемов. В частности, роль и место эндоскопического оборудования. Если с внутрисветовой эндоскопией все достаточно отработано, то с внутрисветовой далеко как не просто. Желание хирургов применять лапароскопические технологии в ЛПУ с малым потоком больных неизбежно приводит к применению лапароскопии в спорадическом режиме, что не улучшает результатов применения данного метода и увеличивает число конверсий. Мы считаем, что лапароскопические технологии должны применяться только в ЛПУ 2-3 уровней. Статистический анализ эффективности использования лапароскопических технологий убедительно показывает, что там, где это на потоке, там и стабильный результат. Применение долгосрочного планирования развития отрасли, позволяет рационально использовать имеющиеся материальные ресурсы и профессиональные кадры.

25. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ СИНЕГНОЙНЫМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*Гусак С.Н., Склярова Е.А, Вечеркин В.А., Черных А.В., Нейно Н.Д.,
Баранов Д.А., Шестаков А.А., Тулинов А.И.*

Воронеж

ФБГОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет
им.Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия.

Цель: улучшить качество диагностики аппендикулярного синегнойного перитонита у детей и повысить эффективность комплексного лечения больных со снижением частоты развития сепсиса и угрозы жизни ребенка. Материал и методы исследования: острый гангренозно-перфоративный аппендицит, осложненный синегнойным перитонитом, обнаруживается в среднем у 4-5 больных за год. В течение десятилетия (2007-2016 гг) данный вид аппендикулярного перитонита был выявлен у 44 детей в возрасте от 2 лет 3 месяцев до 14 лет. Среди выявленных больных синегнойным перитонитом количество мальчиков составило 25 человек, девочек - 19 человек, распределение по возрасту выглядело следующим образом: 1-4 года - 3 ребенка, 4-7 лет - 11 детей, 7-10 лет - 12 детей, 10-14 лет -18 детей. Местный перитонит обнаружился интраоперационно у 8 пациентов, разлитой синегнойный перитонит диагностирован у 33 пациентов, а тотальный перитонит - у 3 пациентов. Материалы для бактериологического посева включали выпот в брюшной полости, полученный интраоперационно, содержимое гнойных ран, гнойных полостей, кровь и мочу. Исследование включало определение микрофлоры и определение ее чувствительности к антибиотикам. Микробиологическая идентификация возбудителей производилась при помощи лабораторных бактериологических анализатора с использованием микротест-систем и

компьютерной программы «Микроб-автомат» и «Микроб-2». Наличие синегнойного сепсиса, осложнявшего перитонит, (с оценкой степени его тяжести) определяли при помощи прокальцитонинового теста сыворотки крови по Brahms A.G. Статистическая обработка материала исследований произведена по А.И. Рог и В.С. Малайчук. Результаты исследований: Перитонит синегнойной этиологии, диагностированный интраоперационно при гангренозно-перфоративном аппендиците, был преимущественно разлитым: у 33 больных (75%), а у 3 детей (6,8%) определялся как диффузный. У всех 36 больных перитонит носил очень тяжелый (16) или крайне тяжелый (20) характер. Лишь у 8 больных (18,2%) различного возраста синегнойный перитонит диагностирован как периаппендикулярный абсцесс, а общее состояние расценивалось как тяжелое. Развитие клиники синегнойного аппендикулярного перитонита у всех детей было быстротечным, что связано с выраженной вирулентностью гноеродного возбудителя. В течение первых суток болезни интраоперационно и патогистологически установлена перфорация гангренозно-измененного червеобразного отростка. Она подтверждена у всех больных детей возрастной группы 1-4 года (3 человека) и у 13 больных других возрастных групп, включая 5 детей возрастной группы 4-7 лет (из 11 больных), 6 детей возрастной группы 7-10 лет (из 12 больных) и лишь у 2 девочек возрастной группы 10-14 лет. В другой группе, состоящей из 31 пациента, включая 16 детей возраста 10-14 лет, синегнойный аппендикулярный перитонит развился на вторые сутки болезни. Интраоперационно в брюшной полости пациентов данной группы обнаружился характерный зловонный гной в количестве 100-250 мл, который эвакуирован электроотсосом. У 16 больных (36,4%) червеобразный отросток располагался в малом тазу, а у 17 пациентов (38,6%) - ретроцекально. У всех 44 детей удаление червеобразного отростка было проведено кистным методом, у 20 пациентов проведена резекция участков гнойного оментита. У 3 детей при выполнении ревизии органов брюшной полости вскрыты абсцессы в инфильтрированном сальнике. У 4 больных синегнойный перитонит осложнился образованием инфильтратов брюшной полости, лечение которых было успешно проведено консервативным методом. Обязательные дренажи устанавливались в брюшную полость во фланки и к ложу отростка, сроком на 3-4 послеоперационных дня. Возбудителями перитонита явились агрессивные штаммы псевдомонад - *Pseudomonas aeruginosa* (42 больных), *Pseudomonas fluorescens* (1 больной), *Pseudomonas putida* (1 больной). Так же, как и *Pseudomonas aeruginosae*, *Pseudomonas fluorescens* и *Pseudomonas putida* были чувствительны к амикацину, цефотаксиму, цефтазидиму, цефепиму, меропенему, тикарциллину. В нашей клинической практике при синегнойном аппендикулярном перитоните свою эффективность доказали следующие антибактериальные препараты: амикацин, цефтазидим, цiproфлоксацин, цефотаксим. Выводы: Распознать интраоперационно синегнойный перитонит позволяет характер гнойного выпота с последующим бактериологическим посевом. У детей, больных синегнойным аппендикулярным перитонитом, традиционная антибактериальная терапия не эффективна. Раннее назначение целенаправленной противосинегнойной терапии: амикацин, цефтазидим, цiproфлоксацин, цефотаксим является профилактикой синегнойного сепсиса и полиорганной недостаточности.

26. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Прудникова Т.А., Дьяконова Е.Ю., Аникин А.В., Кузнецова Г.В., Окулов Е.А,
Тимофеев И.В., Бекин А.С., Романова Е.А., Хроленко П.В.*

Москва

ФГАУ «Национальный научно – практический центр здоровья детей» МЗ РФ

Введение. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является грозным осложнением портальной гипертензии. Единственным методом пожизненной профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен является портосистемное шунтирование. Цель. Результаты первичных и повторных шунтирующих операций у детей с портальной гипертензией за последние семь лет. Пациенты и методы. Мы провели анализ 113 детей в возрасте от 9 месяцев - 16 лет с внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ) – 98 больных и врожденным фиброзом печени (ВФП) – 15 пациентов. Первая группа – первичные больные - 87 пациентов, вторая - ранее оперированные по месту жительства - 26 пациентов. Проведенные операции: спленэктомия в 13 случаях, гастротомия с прошиванием варикозных вен кардиального отдела желудка – 7 случаев; сосудистое шунтирование в 6 случаях. Варикозное расширение вен пищевода, вторичные изменения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, кровотечения из расширенных вен были отмечены во всех случаях. Во второй группе частые кровотечения из расширенных вен отмечены у 85% больных. Результаты: результаты показали высокую эффективность шунтирования у первичных больных. В отдаленном катамнезе успешные результаты были зафиксированы у 93,9% пациентов, что было подтверждено эндоскопическими и УЗ исследованиями. Контрольные обследования показали отсутствие, или максимально 1 степень ВРВП и отсутствие риска кровотечения. Во 2-й группе только в 7 случаях (после спленэктомии) нам удалось выполнить шунтирующие операции: формирование спленоренального (1) или мезентерико-кавального анастомоза (6). В других случаях в связи с явлениями тотального тромбоза сосудов портальной системы – было возможно проведение только паллиативных операций. Выводы. Шунтирование, как радикальный метод декомпрессии портальной гипертензии является лучшим способом лечения детей с портальной гипертензией. Возможность проведения успешного шунтирования возрастает при состоятельности, т.е. проходимости основных вен портальной системы. После ранее проведенного шунтирования или паллиативных операций риск тромбоза портальной системы и, как следствие, невозможность выполнения повторных шунтирующих операций, прогрессивно возрастает.

27.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ: ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ, ОСЛОЖНЕНИЯ

Чистов А.А. (1), Логинов В.И. (2), Батраков И.Е. (1), Бабурин А.Б. (2)

Нижний Новгород

- 1) ЧУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Горький» ОАО «РЖД»
(г. Нижний Новгород)
- 2) ФГКУ "422 ВГ" МО РФ (Нижегородский военный госпиталь)

Широкое внедрение в хирургическую практику лапароскопической методики удаления желчного пузыря изменило тактику хирургов в сторону повышения оперативной активности по отношению к хроническому холециститу. Основным достоинством лапароскопических вмешательств является минимальная травматичность. Поэтому вполне естественно, что в послеоперационном периоде болевой синдром минимален и не требует применения наркотических или иных сильнодействующих препаратов, менее выражены парез кишечника, дыхательная недостаточность, значительно снижается опасность гнойных осложнений со стороны операционной раны и брюшной полости, застоя в легких, уменьшается вероятность развития массивного спаечного процесса и образования послеоперационных вентральных грыж, что в общем итоге способствует снижению койко-дня и сроков временной нетрудоспособности. Лапароскопическая операция имеет и косметические преимущества – остающиеся после нее мелкие кожные рубцы незаметны. Нами проанализированы 1914 историй болезней пациентов оперированных по поводу острого и хронического холецистита за период с 2004 по 2017 гг. в ЧУЗ ДКБ на ст. Нижний Новгород ОАО РЖД и ФГКУ «422 ВГ» Минобороны России, из них 220 операций выполнены традиционным доступом (срединная лапаротомия) и 1694 операции лапароскопическим методом. Женщины составили 84% всех оперированных. Подавляющее число больных было работоспособного возраста, и лишь 10% больных были старше 60 лет. Подавляющее число операций выполнено по поводу хронического холецистита (92,8%), в то время как по литературным данным 30 лет назад число пациентов оперированных по поводу острого воспаления желчного пузыря превышало число больных с хроническим воспалением. Такое соотношение хронического и острого холецистита (12,9:1) объясняется еще и ведомственной принадлежностью данных лечебных учреждений, с соответствующим закреплённым контингентом граждан, поэтому число поступающих в них больных с острым холециститом меньше, чем в других профильных клиниках дежурящих по городу в режиме экстренной хирургической помощи. Несмотря на свои неоспоримые преимущества, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в силу ряда причин не всегда может быть выполнена. При изучении истории болезни удалось выявить основные противопоказания к лапароскопической операции. В случаях острого холецистита это были деструктивные формы, наличие сопутствующей патологии, исключающей выполнение лапароскопии и ранее выполненные операции (всего 86 человек), в случаях хронического холецистита – холедохолитиаз и механическая желтуха в анамнезе, ранее выполненные операции, сопутствующая патология (всего 92). Таким образом, в предоперационном периоде у 178 больных были выявлены противопоказания к лапароскопической операции, и им была выполнена холецистэктомия традиционным, открытым доступом (верхнесрединная лапаротомия). Кроме того, 42 пациента предпочли оперироваться традиционным методом. У 27 больных по ходу выполнения

лапароскопической холецистэктомии пришлось перейти на открытый метод из-за технических трудностей и возникших в ходе операции осложнений. Непосредственными причинами перехода на лапаротомию явились: а) технические трудности: воспалительный и спаечный процесс в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки – 16 случаев, вклинение камня в устье пузырного протока – 3, синдром Меризи – 1; б) осложнения: вскрытие абсцесса - 1 случай, кровотечение – 4, пересечение пузырного протока – 1, повреждение холедоха – 1. Следует подчеркнуть, что, когда при выполнении стандартной лапароскопии попытка выделить анатомические структуры в области шейки желчного пузыря не удается, не следует упорствовать и «добиваться» осложнений, а необходимо сразу переходить на холецистэктомию открытым методом. В раннем послеоперационном периоде после ЛХЭ наблюдались следующие осложнения, потребовавшие лапаротомии: по поводу кровотечения из ложа желчного пузыря - 2, желчного перитонита – 3. Обращает на себя внимание тот факт, что в ряде случаев, далеко не единичных, когда после стихания острого приступа холецистита - клинически и лабораторно (нормализация показателей анализа крови) – во время выполнения лапароскопической холецистэктомии в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита был обнаружен деструктивный процесс в желчном пузыре. В отдаленном периоде у нескольких больных сформировались послеоперационные вентральные грыжи, которые были расценены как осложнения ЛХЭ. Всего за указанный период нам встретилось 28 случаев грыж пупочной области, большинство из них сформировалось в течение первого года после операции, в трёх случаях имело место нагноение операционной раны, заживление вторичным натяжением и грыжи возникали практически сразу после заживления. Все больные с грыжами были оперированы в плановом порядке. Таким образом, усовершенствование методов диагностики, более тщательное выявление противопоказаний к лапароскопической операции, позволяет уменьшить количество интраоперационных осложнений и переходов на открытый доступ. Кроме того, мы считаем, что немаловажным фактором успеха выполнения любого оперативного вмешательства, и лапароскопическая холецистэктомия в очередной раз подтверждает это, является постоянный состав хирургической бригады.

28.КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИТОНИТА

Сажин В.П.(1), Маскин С.С.(2), Карсанов А.М.(3)

1) Рязань, 2) Волгоград, 3) Владикавказ

1) РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2) ВолгГМУ, 3) СОГМА

Одной из наиболее сложных по исходам и дискуссионных по концепции областей современной хирургии, является проблема лечения пациентов с распространённым гнойным перитонитом (РГП). Цель исследования. Разработка и изучение результатов применения

модифицированных критериев абдоминального сепсиса (АС) при РГП, в рамках дифференцированного подхода к хирургическому контролю источника осложненной внутрибрюшной инфекции (ВБИ). Материалы и методы. С использованием общих принципов дифференцировки локальных и генерализованных форм воспаления, нами при ретроспективном анализе результатов обследования и лечения 335 больных с РГП были сформированы и оценены модифицированные критерии сепсиса, предложенные на согласительной конференции АССР/SCCM (Чикаго, 1991). Диагностика АС была основана на следующем алгоритме: наличие очага инфекции + наличие 3 или 4 критериев ССВР + СКН 2-3 стадий + наличие критериев недостаточности одного органа (системы), соответствующее оценке по шкале SOFA < 3 баллов. К критериям тяжёлого сепсиса (ТС) помимо СКН 2-3 степени, относили наличие полиорганной недостаточности (ПОН) при SOFA ≥ 4. Септический шок (СШ) – это АС с признаками тканевой и органной гипоперфузии и артериальной гипотонией, не устраняющейся с помощью инфузионной терапии и требующей назначения вазопрессорной и инотропной поддержки. Результаты. Согласно предложенным критериям, у ретроспективной группы РГП без сепсиса был констатирован в 26,0±2,4% случаев, АС – в 45,1±2,7%, а ТС и СШ – в 28,9±2,5% случаев. Летальность в соответствующих категориях пациентов составила: 11,5±3,4%, 35,1±3,9% (p < 0,001 по сравнению с РГП без сепсиса), 46,4±5,1% (p > 0,05 по сравнению с АС). Предложенные классификационные постулаты были нами ретро-проспективно апробированы на селективной когорте из 224 пациентов с РГП толстокишечного генеза (РГПТГ). Результаты лечения пациентов анализировались в группах пациентов с различной тактикой контроля источника АС. РГПТГ без сепсиса был выявлен у 23,2 ± 2,8%, АС – 44,8 ± 3,3%, а ТС и СШ – у 29,0 ± 3,0% пациентов. Общая летальность у больных с РГПТГ составила 34,8±2,3%. Были получены достоверные различия между летальностью при РГПТГ без сепсиса – 17,1±2,6%, при АС – 28,7±2,6%, при ТС и СШ – 55,9±6,8% (p < 0,001), что наглядно иллюстрирует жизнеспособность предложенной модификации критериев АС. Среди пациентов, оперированных однократно, летальность составила 31,3%, что было ниже, чем при этапном лечении. Так летальность после программированной релапаротомии (ПРЛТ) была на уровне 35,3%, а после экстренной (ЭРЛТ) – 46,2±7,4% (p > 0,05). В структуре летальности в группе ЭРЛТ преобладали интраабдоминальные осложнения. При применении тактики полужакрытого ведения брюшной полости с помощью однократной лапаротомии с дренированием, также как и при АС, был установлен значительный рост летальности по мере возрастания степени тяжести РГП (p < 0,001). Если эффективность этапной хирургической тактики с применением ПРЛТ демонстрировала логичность исходов при разной степени тяжести РГП и соответствовала этой закономерности, то при выполнении ЭРЛТ «по требованию» статистически достоверных различий в показателях летальности в зависимости от степени тяжести РГПТГ получено не было (p > 0,05). Выводы. Основой для успешного лечения пациентов с РГП и АС является возможность дифференцированного выбора того или иного варианта тактического решения, реализуемая в рамках общей лечебно-диагностической концепции АС. При РГП является оправданным применение модифицированных критериев генерализации инфекции как отражающих тяжесть состояния пациентов, так и определяющих выбор оптимального варианта контроля над источником ВБИ. Активная дифференцированная тактика обеспечения хирургического контроля над источником РГП, основанная на приоритетном выполнении ПРЛТ, позволяет добиться снижения частоты осложнений и летальности, в первую очередь у больных с АС.

29. ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИИ КАК ДИНАМИЧНАЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ

Карсанов А.М.(1), Маскин С.С.(2), Карсанова З.О.(1), Асатрян А.С.(1), Валиев Р.В.(1)

1) Владикавказ, 2) Волгоград

1) СОГМА, 2) ВолгГМУ

Цель исследования. Оценить эффективность внедрения различных компонентов программы ускоренного восстановления (ПУВ) при хирургическом лечении рака ободочной кишки (РОК). Материалы и методы. Работа основана на результатах планового хирургического лечения 260 больных с РОК. В основной группе (115 больных) периоперационный комплекс лечебных мероприятий реализовывался на основе адаптированного варианта ПУВ. В контрольной группе (145 больных) использовали традиционную методику ведения больных. В различных сочетаниях значимые сопутствующие заболевания имели место у 58,5% пациентов основной и у 62,7% контрольной групп. Результаты. В зависимости от частоты воспроизводимости в конкретном исследовании, компоненты ПУВ были нами отнесены к трем уровням. Уровень воспроизводимости (УВ) "А" включал мероприятия, воспроизведенные нами с частотой 81-100%; УВ "В" – 61-80%, УВ "С" – ? 60% от всех пациентов основной группы. В основной группе предоперационный этап включал 10, операционный – 8, а послеоперационный – 16 компонентов ПУВ. При исследовании частоты воспроизводимости (ЧВ) и числа компонентов ПУВ на всех этапах лечения выявлено, что на дооперационном этапе высокий УВ – "А" имели 4 компонента, со средней ЧВ – 99,5%; средний УВ оказался так же у 4-х компонентов ПУВ, со средней ЧВ – 69,9%; низкий УВ был выявлен у 2 элементов программы, со средней ЧВ – 30,4%. При анализе сходов лечения в группах сравнения, были получены статистически достоверные отличия, в первую очередь за счет хирургических осложнений. В основной группе осложнения были констатированы у 17 пациентов (14,8±3,3%), что было достоверно ниже, чем в контрольной – 39 пациентов (26,9±3,7%) ($p < 0,05$). Внутригрупповые особенности проявились тем, что в основной группе преобладали общие осложнения, возникшие у 13 пациентов (11,3±2,9% от всех оперированных (класс I-II по Dindo-Clavien). Их доля составила 76,5% от всех осложнений, в том числе: преходящее нарушение мозгового кровообращения – 1; дисэлектролитные нарушения сердечного ритма – 4; тахикардия и сердечная недостаточность, потребовавшая назначения бета-блокаторов – 4, обострение хронического пиелонефрита – 2, дистальный тромбоз глубоких вен голени – 1, локальный ВТФ голени – 1. Больным основной группы в 5 случаях потребовалась повторная кратковременная катетеризация мочевого пузыря. В контрольной группе наблюдалось абсолютное (11,7±2,7% против 3,5±1,7%) ($p < 0,01$) и относительное (43,6% против 23,5%) возрастание частоты хирургических осложнений, по сравнению с основной группой, что коррелировало с большей тяжестью возникших неблагоприятных медицинских исходов. К осложнениям класса III b по Dindo-Clavien (требующим повторного хирургического пособия под общей анестезией) относились такие, как: несостоятельность толстокишечных анастомозов (2), абсцесс брюшной полости и повторная эвентрация у того же больного (1), послеоперационная механическая непроходимость (1), глубокая инцизионная инфекция (2), одна из которых при повторной госпитализации) и повторная необходимость в общей анестезии для восстановительной операции (1). Среди значимых экстраабдоминальных осложнений были: острая кардио-

респираторная недостаточность (2), бронхо-пневмония (2), острые язвы ЖКТ (2). Единственный летальный исход был обусловлен тромбоэмболией легочной артерии. Средняя продолжительность стационарного лечения в группах была с убедительным сокращением сроков госпитализации в основной группе – $9,2 \pm 0,2$ дня, против $14,0 \pm 0,4$ дня ($p < 0,001$). Выводы. Большинство компонентов классической мультимодальной программы быстрого восстановления после плановой хирургии РОК могут быть успешно внедрены в работу хирургических отделений. Одинаково важными являются все этапы хирургического лечения пациентов с РОК; с возрастанием числа компонентов программы на каждом этапе достоверно снижается ЧВ отдельных ее составляющих; избранные границы диапазонов, особенно высоко- и средне-воспроизводимых компонентов ПУВ, продемонстрировали близкие по значению средние величины ЧВ.

30. ОСНОВЫ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ХИРУРГИИ

Маскин С.С.(1), Карсанов А.М.(2), Карсанова З.О.(2), Валиев Р.В.(2), Асатрян А.С.(2)

1) Волгоград, 2) Владикавказ

1) ВолгГМУ, 2) СОГМА

Безопасность пациентов (БП) является краеугольным камнем высокого качества оказания медицинской помощи. Современная система организации хирургической помощи чрезвычайно сложна, поскольку риск неблагоприятных исходов лечения мультифакторно детерминирован целым рядом причин, а также способствующих их усилению объективных и субъективных обстоятельств, возникающих в процессе организации как неотложной, так и плановой хирургии. Основным мотиватором для реализации концепции БП в хирургии является повышенная ответственность хирургов, которая должна восприниматься в качестве адекватной реакции на многократно возросшие требования общества и государства к качеству профессиональной хирургической деятельности. Именно в рамках такого отношения к профессии и должна быть сформирована концепция, реализуемая в рамках ёмкого понятия “Безопасность пациента в хирургии”. У нас пока нет чётких ориентиров для формирования доказательной научной основы развития комплексных мер безопасной хирургии. Пока не преодолены традиционные, а порой – формальные, принципы практической реализации систем предотвращения отдельных видов осложнений, исчерпавшие свой креативный потенциал вне рамок целостного, концептуального подхода к обеспечению периоперационной БП. Цель исследования. Разработать и оценить эффективность внедрения комплексного подхода к безопасности пациентов в хирургии. Материалы и методы. В основу работы были получены результаты ряда исследований: социологических исследований среди 110 хирургов, 25 организаторов здравоохранения, 42 врачей скорой помощи. Помимо этого были проанализированы результаты анкетирования 365 пациентов из различных отделений многопрофильной больницы, также были оценены результаты 2-го уровня экспертизы

качества и безопасности медицинской деятельности. Оценка результатов внедрения мер по повышению БП в одном учреждении была осуществлена на основе синхронного анкетирования в 2016 г. 33 врачей, 49 медицинских сестёр и 105 пациентов с акцентом на детализацию коммуникационного компонента БП. Клиническим материалом для анализа были: 963 “медицинских карты стационарного больного”, в которых был констатирован какой-либо перитонит. Определение оптимальной периоперационной стратегии профилактики венозных тромбозмболических осложнений, (ВТЭО) было осуществлено на основе оценки результаты хирургического лечения 5913 пациентов с опухолями различных локализаций. Апробация внедрения прогрессивной периоперационной стратегии повышения БП, основанной на внедрении программы ускоренного восстановления (ПУВ) пациентов, была реализована на модели 260 пациентов, оперированных по поводу рака ободочной кишки. Результаты и обсуждение. При проведении популяционных исследований были выявлены значительные дефекты в понимании проблемы безопасности хирургических пациентов врачами всех специальностей. Уровень удовлетворения неклинических ожиданий хирургических пациентов оказался значительно более низким, чем в отделениях терапевтического профиля, также как и врачи-хирурги, при проведении экспертизы качества медицинской помощи, были оценены экспертами значительно ниже своих коллег-терапевтов. Эскалационный подход к профилактике ВТЭО, также как и ПУВ являются высокоэффективными периоперационными стратегиями, способствующими повышению БП. Оптимизация хирургического лечения пациентов с перитонитами возможна при четком применении методов этапного лечения, основанного на дифференциации локальной и генерализованной модели развития воспаления. Заключение. Основные перспективы успешной реализации задачи по повышению БП в хирургии, нам видятся во внедрении системного подхода к обсуждаемой проблеме. В качестве обязательных структурных компонентов системы безопасности хирургических пациентов, мы рассматриваем: правовой, биоэтический, коммуникационный, информационный, образовательно-мотивационный, хирургический (периоперационный) компонент, контрольно-административный компонент, организационный компоненты.

31.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОГЕМОСТАЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СУБСТРАТА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНОЙ КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Калантаенко В.Ю.

Реутов

ГАУЗ МО Центральная городская клиническая больница г.Реутов

Актуальность. За последнее время, несмотря на значительные успехи в лечении эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), отмечается

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

впервые выявленные, хронические и острые язвы, минимально опасны состоянием нестабильного гемостаза НПВП-язвы.

32.ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМЕ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ

Рогаль М.Л., Смоляр А.Н., Черная Н.Р., Коков Л.С.

Москва

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Эндоваскулярные вмешательства (ЭВ) при заболеваниях и травме органов гепатопанкреатобилиарной области выполняют не часто, поэтому их целесообразность и безопасность не определена. Материал и методы. С 2012 по 2016 годы в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского 42 больным (32 мужчины, 10 женщин) с заболеваниями и травмой органов гепатопанкреатобилиарной области было выполнено 65 ЭВ. Возраст больных колебался от 21 года до 79 лет и составил в среднем 55,3 года. Самым частым заболеванием был гепатоцеллюлярный рак (ГЦР), который диагностирован у 14 больных. У одного больного ГЦР сочетался с артериовенозным соустьем (АВС), у другого развился в трансплантате печени. У одного больного обнаружили цистаденому печени. Было по 5 больных с метастатическим поражением печени (МПП), раком поджелудочной железы и осложненным хроническим панкреатитом. У 4 пострадавших была закрытая травма живота с повреждением печени, у одного – огнестрельное ранение печени. Сосудистые мальформации (кавернома, болезнь Рандю-Ослера, АВС неизвестного генеза) были у 3 пациентов. Тяжелый острый панкреатит с парапанкреатическими воспалительными осложнениями был у двух. Абсцесс печени, осложненный кровотечением, и цирроз печени с портальной гипертензией диагностирован по одному разу. Выполнено 62 аортоартериографии, две каваграфии и одна портография. Целью ЭВ у больных первичным раком печени и раком поджелудочной железы, МПП была катетеризация афферентной артерии для проведения химиотерапии (химиоэмболизации) по назначению онколога. Наиболее часто «целевой» являлась собственная печеночная артерия и ее ветви (правая, левая, гастродуоденальная). Семнадцати больным выполнили по одной процедуре, трем – по две, одному – три, одному – шесть, одному - девять. При доброкачественном заболевании и травме ЭВ проводили для подтверждения диагноза, исключения АВС из кровообращения, остановки кровотечения. Старались выполнить суперселективную катетеризацию афферентного сосуда. Семнадцати больным выполнили по одной процедуре, одной больной – две. Если завести катетер в «целевую» артерию не удавалось, катетеризировали сосуд, проксимальный по отношению к «целевому». Только одной пациентке не удалось завести катетер даже в чревный ствол. Одной больной циррозом печени, осложненным портальной гипертензией, выполнили трансюгулярное портосистемное шунтирование, а через 6 месяцев – реолитическую тромбэктомия,

баллонную ангиопластику, стентирование шунта и эмболизацию левой желудочной вены. Еще одной больной с МПП выполнили портографию и эмболизацию ветвей воротной вены. Результаты. Из 43 ЭВ, выполненных на артериальных сосудах при злокачественных заболеваниях, технический успех достигнут в 23 (53,5%): при единственном вмешательстве – 60,1%, при повторных – 45%. Катетеризация собственной печеночной артерии и ее ветвей была успешной в 51,4%, гастродуоденальной, панкреатодуоденальной, верхней брыжеечной – в 75%. При доброкачественных заболеваниях выполнили 19 ЭВ, 15 из них (78,9%) были успешны. У 4 пострадавших ЭВ, в том числе одно повторное, было безуспешным. Одному из этих больных, с АВС выполнили лапаротомию, бисегментэктомию 2-3. У одного больного успешную селективную эмболизацию ветви селезеночной артерии осложнил инфаркт селезенки, потребовавший лапаротомии и спленэктомии. Все ЭВ на венозных системах печени были успешными. Осложнение в виде гематомы места пункции наблюдали у одной больной. Более тяжелых осложнений и летальных исходов, связанных с процедурой, не было. Заключение. Эндovasкулярные операции у больных с заболеваниями и травмой печени, выполненные по строгим показаниям, безопасны и могут быть альтернативой другим методам лечения, в том числе «открытой» хирургии. Следует учитывать, что повторные эндovasкулярные вмешательства на одном артериальном сосуде менее успешны, чем первое.

33. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНОГО СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ НА СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Магомедов М.М., Магомедбеков Р.Э.

г. Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный медицинский университет».

Введение. Мужское бесплодие на протяжении последних 10-15 лет находится в центре внимания у различных специалистов. В качестве одной из причин снижения фертильности является паховая грыжа. Однако нет полной информации о выраженности проявления операции Десарда на фертильность мужчин молодого возраста. Цель: Выбор оптимального варианта герниопластики с целью прогнозирования фертильности мужчин молодого возраста. Материалы и методы: Исследование проведено в трех группах пациентов. В зависимости от методики герниопластики пациенты были разделены на три группы. В первой группе выполнялась операция по Шоулдайсу, во второй герниопластика Лихтенштейна, в третьей герниопластика по методике Desarda. До оперативного лечения через 3 месяца после операции производилось цветное дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика на УЗ -сканере с линейным датчиком 10 мГц. Во всех группах проведены спермаморфологические исследования за 6 дней до операции, спустя 3, 6 месяцев и 1 года после операции. Результаты: В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших

герниопластику по методике Desarda, зафиксирован лучший кровоток в семенном канатике и, как следствие меньший остаточный дефицит кровотока – 8,12%. Чуть больший дефицит – 10,58%, после операции зафиксирован первой группе по методике Шоулдайсу. Пациенты 2-группы, перенесшие операцию Лихтенштейна, имели наибольшие всех трех групп остаточный дефицит кровотока – 14,38% и индекс резистентности – 0,86. Проведенные исследование показали, герниопластика у мужчин по методике Лихтенштейна и Шоулдайсу развивается уменьшение числа сперматозоидов в единице объема эякулята. Заключение. Результаты исследования показали, что герниопластика по Desarda оказывает минимальное действие на эпидемотестикулярную функцию и предпочтительно для пациентов репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности.

34. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОКСИМАЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Тарасенко С.В., Песков О.Д., Соколова С.Н., Копейкин А.А., Зайцев О.В.,
Рахмаев Т.С., Баконина И.В., Натальский А.А., Кадыкова О.А., Богомолов А.П.*

Рязань

РязГМУ им. акад. И.П. Павлова

Несмотря на очевидный прогресс в хирургической панкреатологии, результаты лечения осложненных форм хронического панкреатита нельзя признать вполне удовлетворительными. Разнообразие методов хирургического лечения, используемое в лечении жизнеугрожающих осложнений данного заболевания требует дальнейшей систематизации. Это обусловлено использованием разных хирургических подходов и неоднородностью клинических наблюдений. Цель исследования: Оценить результативность хирургического лечения осложненных форм хронического панкреатита. Материалы и методы. В основу работы положены результаты ретроспективного анализа данных обследования и лечения 84 пациентов с угрожающими жизни осложнениями хронического панкреатита (механическая желтуха 67 больных; механический дуоденостаз - 10 пациентов; аррозивное желудочно-кишечное кровотечение – 3 больных; нагноение кисты головки ПЖ - 4 случая), находившихся в Центре хирургии печени и поджелудочной железы ГБУ РО «ГКБСМП» г. Рязани в 2005 – 2016 гг. Критерием включения считали осложнённое течение хронического панкреатита, подтверждённого лучевыми (КТ, РХПГ, УЗИ) и биохимическими методами исследования, на основании балльной системы диагностики P. Layer и U. Melle (2005). Критериями исключения были наличие сопутствующей патологии в стадии декомпенсации, аденокарцинома поджелудочной железы (ПЖ) и панкреонекроз. Основным этиологическим фактором ХП в подавляющем большинстве случаев было употребление этанола. Выполнялись операции: дуоденумсохраняющая тотальная резекция головки ПЖ с ХДА – 9 больных; субтотальная резекция головки ПЖ - 17 больных; операция Ch.F. Frey + БДА – 10 больных;

операция Veger -15 больных; ППДР – 11 больных; ППЕА + БДА – 14 пациентов; цистоеюноанастомоз – 5 случаев. В одном случае аррозивного кровотечения из полости кисты головки ПЖ в просвет duodenum выполнена эмболизация IPDA, у двух пациентов аррозивное кишечное кровотечение остановлено комбинированным способом. Результаты. На основании оценки течения раннего послеоперационного периода и качества жизни пациентов в отдалённом периоде (международный опросник EORTC-QLQ PAN28) определены оптимальные способы хирургической коррекции жизнеугрожающих осложнений хронического панкреатита. Обсуждение. В исследование применялись различные резекционные методы лечения ХП, а также варианты дренирующей протоковую систему ПЖ операций (ППЕА, ЦЕА). Очевидно лучшее качество жизни в относительно отдалённом периоде (1-5 лет) показали резекционные дуоденумсохраняющие вмешательства с полным или субтотальным удалением головки ПЖ. Несколько худшие результаты были после операции Frey. Течение раннего послеоперационного периода протекало с меньшим числом осложнений после дренирующей главный панкреатический проток операций. Выводы. 1. Оптимальным методом хирургической коррекции при ХП, осложнённом стриктурой интрапанкреатического отдела холедоха является тотальная резекция головки ПЖ с ХДА. 2. При компрессии duodenum лучшие отдалённые результаты показала дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ по Veger. 3. Кровотечение в просвет кисты ПЖ чаще коррегировалось комбинированным способом.

35. ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Коротких Н.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А., Казарезов О.В.

Воронеж

БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница №1

Колоректальный рак занимает одну из лидирующих позиций в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта. Ежегодно в мире регистрируется около 850 тыс. новых случаев и 500 тыс. смертей. Лечение колоректального рака в последнее время является одной из наиболее актуальных проблем. В клинической практике все большее значение имеют малоинвазивные хирургические технологии в лечении больных злокачественными новообразованиями ободочной кишки. Целью исследования является оценка результатов хирургического лечения больных колоректальным раком, оперированных лапароскопическим и «открытым» доступом на базе отделения колопроктологии БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1» с 2014 по 2016 гг. Материал и методы. В исследование включили 61 пациента (63,4 ± 2,3 года), 38 мужчин и 23 женщины с диагнозом рак ободочной кишки. При гистологическом исследовании в большинстве случаев была выявлена умеренно дифференцированная

аденокарцинома (36 больных). Во всех случаях опухоль распространялась до висцеральной брюшины и отсутствовали отдаленные метастазы, у 16 больных имелось метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов (T2-3 N1-2a M0). Пациенты были разделены на 2 группы: основная – 27 больных, которым выполнены лапароскопические вмешательства, контрольная – 34 пациента, оперированных лапаротомным доступом. Статистически значимых различий по полу, возрасту, индексу массы тела и стадированию опухолевого процесса выявлено не было. Учитывалась интраоперационная кровопотеря, продолжительность операции, потребность в анальгетической терапии в раннем послеоперационном периоде, качество мезоколонэктомии и лимфодиссекции, структура и частота развития ранних послеоперационных осложнений, длительность пребывания в стационаре. Результаты. В группе пациентов оперированных лапароскопически средняя кровопотеря составила $120,7 \pm 3,6$ мл, что достоверно меньше по сравнению с контрольной группой, где этот показатель составил $175,4 \pm 2,3$ мл ($p < 0,05$). Достоверного различия по длительности хирургического вмешательства в обеих группах получено не было. Интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде согласно визуальной аналоговой шкале в основной группе была достоверно ниже, что обусловило меньшую потребность в анальгетической терапии (1,4 дня по сравнению с 2,6 в группе контроля). При гистологическом исследовании удаленных препаратов в обеих группах было выявлено не менее 12 регионарных лимфатических узлов. В основной группе у 1 пациента в раннем послеоперационном периоде возникла несостоятельность швов анастомоза на 4 сутки, потребовавшая выполнения повторного оперативного вмешательства – лапаротомии, резекции зоны анастомоза с формированием концевой колостомы. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на 19 сутки после первого хирургического вмешательства с рекомендациями выполнения реконструктивно-восстановительного этапа. В контрольной группе в послеоперационном периоде у 6 больных наблюдалось нагноение лапаротомной раны, потребовавшее частичного снятия кожных швов и открытого ведения раны. У 1 пациента – эвентрация кишечника в лапаротомную рану, потребовавшая повторной операции – релапаротомии, ушивания эвентрации. Средний койко-день в группе пациентов, перенесших лапароскопические вмешательства составил 12,4, а в контрольной группе – 18,3 ($p < 0,05$). Заключение. Использование лапароскопического доступа в хирургическом лечении больных колоректальным раком позволяет минимизировать интраоперационную кровопотерю, ускорить активизацию пациентов после резекций ободочной кишки и сократить сроки госпитализации, при этом не уступая в радикализме традиционным методам «открытой» хирургии.

36. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

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

Санкт-Петербург

1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, 2) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»

Актуальность: В современном мире отмечается неуклонный рост случаев травмы живота со смертельным исходом и инвалидизацией пострадавших. Повреждения паренхиматозных органов в структуре абдоминальной травмы составляют 56,8% с осложненным течением в 45% случаев и уровнем летальности до 30,4% без тенденции к снижению. Цель исследования: Улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших с закрытыми повреждениями печени путем внедрения эндовидеохирургических технологий в условиях многопрофильного стационара. Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 518 пострадавших с закрытой травмой живота и повреждением печени, госпитализированных в хирургические отделения Елизаветинской больницы с 1991 по 2015 гг. При этом 78,5% (407) пострадавших составляли мужчины. В первые 6 часов с момента получения травмы было доставлено в больницу 83,8% (434) пострадавших. В большинстве случаев отмечалась автотравма – 35,1% (182) случая или травма носила криминальный характер – 34,2% (177) наблюдений. Состояние шока отмечено у 60,6% (314) пострадавших. Сочетанный характер повреждений печени выявлен в 65,4% (339) случаев. Множественные повреждения печени отмечены в 38,6% (200) наблюдениях. Результаты и их обсуждение: Специфических клинических симптомов у пострадавших с закрытой травмой живота с повреждением печени выявлено не было. Основными причинами «смазанности» клинической картины следует считать повреждение других анатомических областей, а также отсутствие возможности продуктивного контакта, которая была отмечена в 125 (24,1%) случаях. Диагностическая лапароскопия выполнена 385 (74,3%) пострадавшим. При этом показания к конверсии доступа были выставлены в 331 (86,0%) наблюдениях. В 28 (7,3%) наблюдениях во время диагностической лапароскопии выявлено повреждение печени I-II степени по классификации E. Moore (1994) с продолжающимся кровотечением из паренхимы, которое было остановлено с помощью эндовидеохирургической электрокоагуляции. Брюшная полость санировалась с последующим обязательным дренированием ПВХ-дренажом в малый таз. У 26 (6,8%) пострадавших диагностированы повреждения печени без продолжающегося кровотечения, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости. В группе пострадавших, которым осуществлялся эндовидеохирургический гемостаз, летальных исходов не было. Отмечены следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны у 3 пострадавших; пневмония диагностирована в 7 случаях у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, после длительной искусственной вентиляции легких; а также неинфекционные осложнения у 3 пострадавших после трепанации черепа. Средний койко-день для изолированной закрытой травмы живота с повреждением печени составил $6,2 \pm 1,7$ дня, для сочетанной травмы с повреждением печени $12,8 \pm 4,7$ дня. Выводы: Таким образом, лапароскопия является золотым стандартом в диагностике повреждений печени и позволяет, при необходимости, быстро перейти к лечебному этапу. У

гемодинамически стабильных пострадавших с закрытой травмой живота при повреждениях печени I-II степени по классификации E. Moore показан эндовидеохирургический гемостаз.

37.ОРИГИНАЛЬНЫЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Сизуа Б.В. (1), Земляной В.П. (1), Сёмин Д.С. (1), Мавиди И.П. (2)

Санкт-Петербург

- 1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова.
- 2) Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова.

При двусторонней локализации паховой грыжи наиболее предпочтительна лапароскопическая герниопластика, позволяющая через один доступ выполнить билатеральную операцию. При стандартной методике используются два отдельных протеза. Однако было отмечено, что у ряда пациентов с двусторонними паховыми грыжами, после таких операций в послеоперационном периоде выявляются надпузырные грыжи, отсутствующие до операции. Выявление надпузырных грыж также требует повторного хирургического вмешательства, как и после диагностирования рецидива. Наше исследование было направлено на поиск причин формирования надпузырных грыж после выполнения лапароскопической двусторонней герниопластики, а также путей их решения. При ретроспективном анализе лечения 51 пациента с двусторонними грыжами, которым была выполнена типичная лапароскопическая предбрюшинная герниопластика с отдельным протезированием обеих сторон, а также после контрольных осмотров с углубленным ультразвуковым исследованием паховых и надпузырных областей, были выявлены сформировавшиеся надпузырные грыжи у 8 пациентов (15,7%), а в 1 (1,9%) случае – рецидив паховой грыжи. Во всех случаях у пациентов с надпузырными грыжами был определён общий фактор – наличие хронической сопутствующей патологией, сопровождающейся регулярными эпизодами повышения внутрибрюшного давления, сочетающейся с особенностями спортивной и/или трудовой деятельности, сопряжённой с физическими нагрузками. Такое сочетание определяло наличие высокого риска рецидива и формирования надпузырной грыжи. Для таких случаев нами была разработана методика эндовидеохирургической предбрюшинной герниопластики с тотальным протезированием надпузырных, паховых и бедренных областей с использованием единого сетчатого эндопротеза. Особенностью метода является протезирование единым широким протезом, после предварительного раскрытия париетальной брюшины единым лоскутом и тщательного выделения паховых, бедренных, надпузырных областей и мобилизации мочевого пузыря с закрытием вышеуказанных областей. Оригинальность методики подтверждена патентом на изобретение Российской Федерации (№ 2564757, заявка № 2014133584/14). Данная методика также

показана при первичных и вторичных надпузырных грыжах. При отсутствии указанных факторов высокого риска рецидива и формирования надпузырных грыж показана стандартная эндовидеохирургическая отдельная предбрюшинная протезирующая герниопластика. Основная группа исследования (33 пациента с двусторонними паховыми грыжами) была сформирована сопоставимо по возрастным, половым характеристикам и наличию сопутствующей патологии. В основной группе проведен дифференциальный подход к выбору методики эндовидеохирургической операции: пациентам с высоким риском была выполнена разработанная операция с тотальным протезированием, а при отсутствии высокого риска – стандартная отдельная герниопластика. При контрольных осмотрах у пациентов основной группы рецидивов, а также формирования надпузырной грыжи не выявлено. Заключение: Пациентам с двусторонними паховыми грыжами наиболее предпочтительна лапароскопическая двусторонняя герниопластика. При наличии факторов высокого риска рецидива и формирования надпузырных грыж необходимо выполнять тотальное протезирование надпузырных и паховых областей единым сетчатым эндопротезом. В остальных случаях методом выбора остается лапароскопическая отдельная билатеральная герниопластика. Использование предложенного алгоритма при выборе способа эндовидеохирургической герниопластики у пациентов с двусторонними паховыми грыжами позволяет достоверно снизить риск рецидива и появления вторичной надпузырной грыжи ($p < 0,05$).

38. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

*Сигуа Б.В. (1), Земляной В.П. (1), Петров С.В. (1,2), Рутенбург Г.М. (2),
Козобин А.А. (2), Лучкин А.Н. (2)*

Санкт-Петербург

- 1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
- 2) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»

Актуальность. За последнее десятилетие значительно возросло количество сообщений об использовании эндовидеохирургических методик в ургентной герниологии. Актуальность данной темы обусловлена тем, что использование лапароскопии позволяет в сложных ситуациях установить диагноз, оценить жизнеспособность ущемленного органа, кроме того может носить лечебный характер ? устранить ущемление и выполнить лапароскопическую герниопластику. Однако показания и противопоказания к лапароскопии при ущемленных паховых грыжах требуют дополнительного обсуждения. Цель исследования. Оценить возможности лапароскопических технологий в диагностике и лечении больных с ущемленными паховыми грыжами. Материал и методы. В период с 2011 по 2016 гг. в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга было пролечено 136 пациентов с ущемленными

паховыми грыжами. В основную группу вошли пациенты, находившиеся на лечении с 2015 по 2016 гг. ? 52 человека, из них: мужчин 45 (86,5%), женщин 7 (13,5%). Контрольную группу составили пациенты, лечившиеся с 2011 по 2014 гг. ? 84 человека, из них: мужчин 60 (71,4 %), женщин 24 (28,6%). Результаты. При поступлении диагностические мероприятия пациентов контрольной группы включали: физикальный осмотр, лабораторные показатели, по показаниям обзорная рентгенография брюшной полости. В дальнейшем при исключении явных осложнений паховой грыжи проводилось динамическое наблюдение. У пациентов основной группы использовалась индивидуальная лечебно-диагностическая тактика, которая заключалась в последовательном использовании инструментальных методик для проведения обследования с активным применением диагностической и лечебной лапароскопии. При анализе взаимоотношения частоты и характера осложнений со временем ущемления среди пациентов контрольной группы было установлено, что до 8 часов осложнения ущемленных грыж встречались у 4 (4,8%) пациентов, 8-12 часов у 12 (14,4%) больных, а более 12 часов в 41,7% (35) случаев. При этом некроз ущемленного органа отмечен у 3 (3,6%) пациентов поступивших до 8 часов, у 7 (8,3%) госпитализированных в сроки 8-12 часов и у 20 (23,8%) больных поступивших позже 12 часов с момента ущемления. Следует также отметить, что среди пациентов, которым была выполнена резекция ущемленного органа, у 10 (12,0%) ? пластика не выполнялась, у 17 (20,2%) – пластика осуществлена собственными тканями, в 3 (3,6%) случаях выполнена операция Лихтенштейна. При лечении пациентов основной группы использовалась индивидуальная лечебно-диагностическая тактика, с учетом данных ретроспективного анализа: в случаях, когда срок ущемления не превышал 8 часов (при отсутствии противопоказаний к формированию карбоксиперитонеума) выполнялась диагностическая лапароскопия. При отсутствии некроза ущемленного органа осуществлялась трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TAPP) по общепринятой методике. Данный подход был использован у 25 (48,0%) пациентов. В тех случаях, когда во время лапароскопии диагностировался некроз ущемленного органа, выполнялась традиционная герниопластика. При ущемлении более 8 часов или наличии противопоказаний к диагностической лапароскопии выполнялась операция по устранению ущемленной паховой грыжи традиционным доступом: если ущемленный орган был признан жизнеспособным, применяли протезирующую герниопластику (операция Лихтенштейна), которая выполнена у 18 (34,6%) пациентов; в случае некроза ущемленного органа ? осуществляли пластику задней стенки пахового канала по способу Бассини ? у 9 (17,3%) больных. Осложненное течение послеоперационного периода, среди всех пациентов контрольной группы, отмечено в 56,1% (46) случаев. В 25 (29,8%) наблюдениях диагностированы местные осложнения: серома (8,3%), инфильтрат (7,1%), нагноение послеоперационной раны (6,0%), фуникулит (4,8%) и водянка яичка (3,6%). Причем 24 из них были оперированы в сроки более 8 часов от ущемления. Осложнения общего характера были у 21 (25,0%) пациента: пневмония (4,8%), мезентериальный тромбоз (2,4%), ранняя спаечная кишечная непроходимость (2,4%), перитонит (1,2%) и др. Среди пациентов основной группы осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось в 7,7% (4) случаях, из которых в 3 (5,7%) отмечены осложнения местного характера. С помощью многофакторного анализа была установлена корреляция между сроком ущемления, видом оперативного вмешательства и уровнем летальности. Так, при оперативном лечении пациентов через 12 часов и более с момента ущемления летальный исход был констатирован в 7 (8,3%) случаях в контрольной группе. В основной группе летальных исходов не было. Выводы. Активное использование

лапароскопических технологий в диагностике и лечении больных с ущемленными паховыми грыжами позволяет в 100% случаев своевременно поставить правильный диагноз, а также снизить частоту общих послеоперационных осложнений с 25,0% (21) до 1,9% (1) ($p < 0,05$), местных осложнений с 29,8% (25) до 5,7% (3) ($p < 0,05$) и уровень летальности с 8,3% (7) до 0% (0) ($p < 0,05$).

39. НОВЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Альмяшев А.З.

Саранск

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск

Актуальность. На основании анализа данных МАИР (International Agency for Research on Cancer) всего в мире в 2012 г. было зарегистрировано 14,1 млн. новых случаев злокачественных новообразований (ЗН) и 8,2 млн. смертей от них. В структуре заболеваемости лидером остается рак легкого – 1,82 млн. новых случаев в год, на 2-м месте – рак молочной железы – 1,67 млн., колоректальный рак (КРР) устойчиво занимает 3-е место – 1,36 млн. чел. (и 4-5 место в структуре летальности). В 2012 г. в журнале *A Cancer Journal for Clinicians* опубликованы данные по результатам лечения КРР в США: 5-летняя выживаемость при I-II стадии составила – 90 %, III – 70 %, IV – 10 %. Хирургия КРР в последние годы стала областью интенсивного интереса, как на Востоке, так и на Западе. Японское общество по раку ободочной и прямой кишки в течение многих лет разрабатывало и постоянно модифицирует «General Rules for clinical and Pathological Studies on Cancer of the Colon, Rectum and Anus» (1977, 1983, 1995, 2006, опубликовано уже 7-е издание). В апреле 2009 и июле 2012 г. они были впервые напечатаны на английском языке. Японские хирурги разработали методику «расширенной гемиколэктомии с D3-лимфаденэктомией (Toyota et al., 1995). Лимфоузлы подразделяются на три уровня(группы): 1) параколические; 2) промежуточные; 3) апикальные. Министерство здравоохранения Китая издало «Standard for the Diagnosis and treatment of Colorectal Cancer (2010), где лимфоузлы при КРР разделены на 1) параколические; 2) промежуточные и 3) лимфоузлы корня брыжейки поперечной ободочной кишки. Немецкий хирург из г. Эрланген Werner Hohenberger et al. (2009) описал методику «полной мезоколонэктомии» или «complete mesocolonectomy» - (CME) с ранним центральным сосудистым лигированием или «CVL». Сравнение Японской D3-лимфодиссекции и Европейской CME et CVL не выявило принципиальных различий. В классических отечественных руководствах по хирургии и онкологии описание методики правосторонней гемиколэктомии устарело. Стандартизация хирургической техники в клинической онкологии и, в частности, в онкоколопроктологии позволяет максимально полно удалять регионарные

лимфоузлы, уменьшить число резидуальных опухолей по линии резекции (т.н. «циркулярная граница резекции» - CMR) и, соответственно, локорегионарных рецидивов, повысить общую и безрецидивную выживаемость пациентов при KPP. Killeen S. et al. (2014) проанализировал публикации в PubMed, MEDLINE и Cochrane Library, посвященные CME-техники с D3-лимфаденэктомией при раке правой половины ободочной кишки: с января 1950 г. по июль 2012 г. – включено 5246 больных. Средний возраст больных-68,2 года, мужчин – 56,5 %. Послеоперационная смертность – 3,2 %, локальный рецидив – 4,5 %, общая 5-летняя выживаемость – 77,4 %, безрецидивная выживаемость – 58,1 %. Цель работы. Отработать методику «The monobloc no-touch isolation technique». Ключевые этапы работы заключаются в 3х основных этапах. 1) «Острая» межфасциальная (ретрофасциальная) диссекция и мобилизация в бессосудистом, т.н. «мезоколическом» слое, рассечение желудочно-ободочной связки, фрагментация большого сальника по правой и средней трети (или оментэктомия), мобилизация по Кохеру дуоденум и визуализация головки и перешейка панкреас, корня брыжейки поперечной ободочной кишки и выход на проксимальный сегмент (инфрапанкреатическая часть) верхней брыжеечной вены (SMV) и правую боковую поверхность верхней брыжеечной артерии (SMA). SMV лежит поверхностнее и правее от ствола SMA. 2) Раннее центральное сосудистое лигирование т.н. «вертикальное», т.е. сверху вниз – сначала хирургический ствол Генле. Стол Генле – это конфлюэнс (бипод, трипод, квадрипод), наиболее постоянный анатомический ориентир которого - это правые желудочно-сальниковые сосуды, передняя верхняя панкреатодуоденальная вена и ее коммуникантная аркада с передней нижней панкреатодуоденальной веной, реже верхняя правая ободочная вена и правая ободочная вена, еще реже средняя ободочная вена. Диаметр ствола Генле не превышает 5 мм, обычно он впадает в переднюю, правую или передне-левую стенку SMV. Для «выхода» на ствол Генле четким ориентиром служит анатомически постоянные а. et v. gastroepiploica dex., затем верхняя правая ободочная вена, правая (если она есть) ободочная вена, правая ветвь или основной ствол (стволы) средней ободочной вены, и, наконец, v. et a. iliocolica. Проводится мобилизация клетчатки с «пакетами» лимфоузлов вдоль инфрапанкреатической части SMV, идентификация SMA и нейролимфодиссекция правой ее полуокружности «сверху вниз» или модифицированный «полностью медиальный доступ» - «completely medial approach». Вариант «hybrid medial approach» (HMA) – частично сверху вниз и снизу вверх: вдоль v. et a. iliocolica активно применяется при лапароскопической операции. Вариабельность сосудистой (и прежде всего) венозной анатомии сосудов корня mesocolon требует использования методики дооперационной МСРКТ-ангиографии с анализом КТ-сканов. 3) Резекция кишки с адекватным по длине отступом от визуальных границ опухоли по кишечной стенке – 10 см. (большая часть метастазов реализованы именно в этих пределах, только 1 % лимфогенных метастазов выявляются вне этой зоны). Заключение. Улучшение результатов лечения рака правой половины и поперечной ободочной кишок связано с современной техникой-«хирургия в слою» или «хирургия слоев», что значит межфасциальная, ретрофасциальная «острая» диссекция с идентификацией мезентерального слоя, висцеральной фасции Тольда и париетальной фасции Герота. Ранняя сосудисто-лимфатическая «изоляция» опухоли с использованием указанных выше анатомических сосудистых ориентиров, оптимальные принципы хирургического доступа, применение современных медицинских инструментов и коагулирующих аппаратов позволят обеспечить безопасность и максимальную онкологическую точность CME-техники. Данные

изложенные в этой работе помогут хирургам в ответе на вопрос: «Что сегодня является стандартом хирургического лечения правой половины ободочной кишки?».

40. ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПЕЧЕНИ ПРИ НЕОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Власов А.П., Шейранов Н.С., Зайцев П.П., Курочка Ю.Г., Муратова Т.А., Кумар Нирадж

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

В настоящее время количество больных, страдающих неопухоловой механической желтухой, сохраняется на высоких цифрах. Разработан алгоритм ведения такого рода больных, накоплен большой опыт по внедрению современных оперативных и консервативных способов лечения этой тяжелой патологии. Однако показатели успешности терапии не могут полностью удовлетворить современную хирургию. Лечение этой категории больных состоит не только в восстановлении пассажа желчи. В силу того, что при этой патологии быстро возникают расстройства гомеостаза, особенно при запоздалом поступлении больных, что наблюдается нередко, то лечебные схемы предусматривают и коррекцию нарушенного состояния различных органов и систем организма, особенно печени. Целью работы явилось установление эффективности ремасолотерапии в восстановлении функционального состояния печени при механической желтухе неопухолового происхождения с акцентом на изучение ее липидрегулирующей функции. Материал и методы. Выполнен клинко-лабораторный анализ 45 больных механической желтухой неопухолового генеза, резвившейся главным образом вследствие желчно-каменной болезни, стриктуры общего желчного протока. Больные подверглись хирургической терапии, направленной на восстановление желчединамики. Функциональное состояние печени оценивали до операции и в раннем послеоперационном периоде. В работе применены не только рутинные способы оценки, но и показатели липидрегулирующей функции органа. Акцент на такого рода исследования сделан не только из-за того, что печень является основным органом, регулирующим этот вид обмена веществ, но и из-за важнейшей роли липидов модифицировать функциональное состояние других органов. В основной группе (n=15) в качестве гепатопротекторной терапии применен ремасол (капельные внутривенные вливания 400.0 мл в течение 6 дней раннего послеоперационного периода). Результаты. При поступлении больных в стационар и в раннем послеоперационном периоде зарегистрированы выраженные расстройства гомеостаза и функционального состояния печени, выражающиеся не только в отклонениях общепринятых показателей, но и существенных нарушениях липидного состава. Установлена существенная модификация липидного компонента плазмы крови. Выявлено уменьшение содержания эфиров холестерина, рост свободного холестерина и свободных жирных кислот (более чем в 2,5

раза). Наблюдались явления гипертриглицеридемии. Во фракции фосфолипидов отмечался резкий рост (более чем в 4 раза) доли лизоформ фосфолипидов. Дисгармония в липидном компоненте плазмы крови указывает на выраженность и глубину метаболических нарушений в обмене липидов в организме при механической желтухе и характеризует ее как важную составляющую в патогенезе этого заболевания на молекулярном уровне. При включении в раннем послеоперационном периоде ремаксол в консервативную терапию больных механической желтухой отмечен не только клинический эффект, но и сравнительно быстрая положительная динамика функционального состояния печени, которая сопровождалась коррекцией липидного состава крови. Отметим, что один из значимых векторов влияния препарата на липидный гомеостаз реализовался через коррекцию липидмодифицирующих факторов дестабилизации клеточных мембран (оксидативный стресс и активизацию фосфолипаз).

41. СОРОК ЛЕТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА

Исаев Г. Б.

Баку, Азербайджанская Республика

Научный Центр Хирургии им. академика М.А. Топчубашова

В период с 1976 по 2016 года под нашим наблюдением и лечением находились 586 больных острым перитонитом. Мужчин были 399(68%), женщин-187(32%). Анализируя результаты лечения всех больных мы убедились, что позднее обращение больных за медицинской помощью и частые диагностические ошибки медиков в определении острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости остаются одними из главных причин развития тяжелых форм перитонита, которые часто заканчиваются смертельным исходом. Так, около 60% наших больных аппендицитом, осложнившимся перитонитом, к врачу обращались позже 24 часов от начала заболевания, из них в 15% случае имелась диагностическая ошибка амбулаторно-поликлинического звена и 8% ошибок имели место в стационаре. Из 59 больных оперированных по поводу перитонита, обусловленного острым холециститом, 44 человека к нам поступили на 8-10-е сутки. Все это существенно повлияло на увеличение числа больных с тяжелыми формами перитонита. Так, из общего числа больных реактивная стадия перитонита имела место лишь в 24% (140) случаев. Превалирующая часть наших больных поступали в токсической –53% (311) и терминальной стадии перитонита-135(23%). 155 (26,6%) больных перитонитом поступили к нам после выполненных операций:131-аппендектомия, 19—холецистэктомия, 5-ампутация матки. У 46 больных, перенесших тот или иной вид плановых операций на органах брюшной полости диагностирован послеоперационный перитонит. Длительность дооперационной подготовки больных с разлитым перитонитом зависела от устранения признаков острой циркуляторной недостаточности без которого считали нецелесообразным взять больного на операционный стол! У больных с сахарным диабетом

допустимый уровень гликемии до операции считали 11,1ммол/л(200 мг%) с обязательным устранением кетоацидоза до операции. Объем хирургического вмешательства при перитоните включал в себя устранение источника, декомпрессии просвета раздутого и паретического петель тонкого кишечника, санации брюшной полости, дренирование и закрытие лапаротомной раны. Начиная с 70-х годов прошлого века с целью «перитонеального диализа» в постоперационном периоде у 75 больных с разлитым гнойным перитонитом мы перепроверили все предлагаемые в литературе и нами предложенные методы, используя при этом самые различные трубки, однако в их эффективности глубоко разочаровались! Однако ни один из методов «перитонеального диализа» не санировал всю брюшную полость из-за чего релапаротомия выполнена у 59 (78,7%) больных. Всего из 75 больных с «перитонеальным диализом» скончались 39(52%) больных. На аутопсии обнаруживали узкие каналы вокруг оставленных для промывания брюшной полости трубок по которым часть вводимого диализата протекала вниз, а часть из них накапливалась в межпетельных пространствах в виде осумкованных абсцессов. В дальнейшем мы от этого метода дренирования брюшной полости отказались!! Лапаростомическим методом лечили 26(11%) больных с разлитым гнойным перитонитом(из них 15- с постоперационным перитонитом), 9 из которых были в токсической и 17 в терминальной стадии. Во всех случаях применяли метод закрытой эвисцирации; из указанных 26 больных умерли 7(26,9%). Анализ показал что, имеется прямая связь между стадией распространенностью перитонита, характером выпота в брюшной полости и уровнем послеоперационной летальности указанных больных. Из общего числа поступивших с перитонитом умерли 123 (20,9%) больных. Так, если в реактивной стадии перитонита летальность не превышала 1,7%, то в токсической стадии она была 20,6%, а в терминальной стадии 41,9%. При местном перитоните смертность составляла 2,7% (из 149 больных умерли 4); при диффузном перитоните 22,5% (из 200 больных умерли 45), и при разлитом перитоните 31,3% (из 237 больных умерли 74). В основном летальный исход отмечали среди больных гнойным перитонитом - 112 (91%) из 123 случаев. В первые трое суток после операции умерли 44 больных, что свидетельствует о поступлении указанных больных в терминальной стадии перитонита с глубокой интоксикацией и нарушением функции внутренних органов. В 48 (39%) наблюдениях причиной смерти явился продолжающийся перитонит. Другими причинами летальных исходов были интоксикация (17 больных), почечная (21) и острая печеночно-почечная (9) недостаточность. В остальных 28-и случаях причиной смерти были: продолжающийся перитонит и внутрибрюшные абсцессы-7, кишечные свищи-6, инфаркт миокарда-5, сепсис-5, кетоацидоз-3, стафилококковая деструкция легких-1 и шоковое легкое-1. Всего с постоперационным перитонитом нами оперированы 201 (34%) больных, из которых скончались –88 (43,7%). Из остальных 385 больных перитонитом, оперированных с начала заболевания нами летальный исход отмечен в 35 случаях (9,1%). Проведенная в реактивной стадии перитонита операции в 98,3% случаев заканчивается выздоровлением, тогда как в токсической стадии перитонита смертность достигает 20,6%, а в терминальной стадии 41,9%. Летальность больных от послеоперационного перитонита все еще остается очень высокой(43,7%). Сорокалетний наш опыт еще раз подтверждает результаты лечения острого перитонита в основном зависит от тяжести и распространенности воспалительного процесса, характера выпота и своевременно выполненной адекватной хирургической операции. Сегодня в эпоху колоссальных достижений науки и техники, никак нельзя мириться с указанными цифрами смертности.

Потому следует настойчиво искать пути снижения летальных исходов больных с острым перитонитом.

42. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ С ИОНАМИ И НАНОКРИСТАЛЛАМИ СЕРЕБРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ И ПРОЛЕЖНЯМИ В УСЛОВИЯХ БАЗОВОГО ГОСПИТАЛЯ

Коваленко А.А. (1), Секачев В.А. (1), Адмакин А.Л. (2)

Смоленск, Санкт-Петербург

- 1) филиал №4 ФКГУ "1586 ВКГ" МО РФ
- 2) ФГБВОУВО Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова МО РФ

Актуальность: В хирургической практике различают острые повреждения (механические раны, ожоги, отморожения и др.), раневые дефекты (язвы), возникающие в результате неблагоприятного течения заболевания, а также ятрогенные воздействия, которые приводят к ранам при нарушении принципов оптимальной хирургической тактики. Наиболее сложными в лечении считаются пациенты с обширными (свыше 200 см²), глубокими (поражающие все слои кожи и, возможно, нижележащие ткани – жировая клетчатка, фасция, мышцы, кости) поражениями, а также с раневыми дефектами, имеющими гнойно-некротический компонент. Тактика лечения таких пациентов зависит от тяжести повреждения, условий оказания специализированной медицинской помощи, включающих оборудование лечебного учреждения, подготовку специалистов, наличие расходного имущества. Возрастает роль современных и эффективных средств местного лечения, которые могут быть использованы в лечебных учреждениях для восстановления кожного покрова пациентов с ранами различной этиологии, трофическими язвами, ожогами. С целью этиотропного лечения патогенной раневой микрофлоры в клинической практике всё чаще применяют такие современные перевязочные средства, как «раневые покрытия», содержащие молекулы серебра, что уменьшает сроки очищения, заживления ран, а также улучшает качество жизни. Цель исследования: выбор рациональной тактики лечения пациентов с гнойно-некротическими трофическими язвами в условиях хирургического отделения базового военного госпиталя в мирное время. Материал и методы: В работу включены 68 больных с гнойно-некротическими трофическими язвами и пролежнями, которым оказывалась специализированная медицинская помощь в хирургическом отделении (25 коек) Смоленского военного госпиталя (филиал 4 ФКГУ «1586 ВКГ» МО РФ) в период с 2012 по 2016 гг.. Сравнивалась эффективность применения традиционных перевязочных средств и мазей с раневыми покрытиями, содержащими ионы серебра (фирмы Силкофикс и Смед энд Нефью) Для достижения поставленных задач проводили: клинические наблюдения, лабораторные, микробиологические, цитологические и инструментальные исследования. Клиническую оценку результатов лечения проводили на основе контроля за течением раневого процесса,

количества и характера отделяемого, сроков эпителизации или выполнения оперативного восстановления кожного покрова. Проводилась статистическая обработка полученных данных в программе Statistica 10.0. Комплексное местное лечение длительно незаживающих ран (трофических язв и пролежней) с применением современных раневых покрытий ионами и нанокристаллами серебра проведено у 32 больных (исходная группа) и 36 пациентов лечившихся традиционными перевязочными средствами и мазями (группа контроля), в возрасте от 32 до 91 лет. Средний возраст составил в первой группе составил – 52,3±1,9 лет, во второй – 54, 4±1,7 лет. Среди них было 48 пациента мужского пола и 20 – женского. В этиологии трофических язв преобладали: хроническая венозная или артериальная недостаточность, травма, нейротрофические расстройства, пролежни. Пациенты в каждой группе разделялись по принципу лечения традиционными препаратами – контрольная группа (мази на водорастворимой основе, крема, антисептики) и раневыми покрытиями с ионами и нанокристаллами серебра (фирмы Силкофикс, Египет, Смед энд Нефью, Канада). Результаты и обсуждение. Как в основной, так и в контрольной группе были преимущественно пациенты с язвами, обусловленными хронической артериальной (20 пациентов) или венозной (24 пациента) недостаточностью. До начала лечения гнойно-некротические трофические язвы и пролежни были покрыты частично отторгающимся струпом, чаще в состоянии влажного некроза, или представляли собой раневую поверхность с налетом фибрина и обильным отделяемым. Наблюдалось перифокальное воспаление окружающих здоровых тканей. Эпителизация отсутствовала. По нашим данным, применение раневых покрытий с ионами и нанокристаллами серебра для лечения гнойно-некротических трофических язв и пролежней обеспечивало эффективное удаление гнойного отделяемого, участков отторгающегося струпа и налета фибрина: после первых 5-7 дней применения раневых покрытий в исходной группе у 100% обследуемых отмечалось уменьшение воспаления, раны состояли из ярких мелкозернистых грануляций с умеренным отделяемым, серозно-гнойным в 30% и серозным в 70% случаев, активизировался процесс краевой и островковой эпителизации, за счет чего уменьшалась площадь раневой поверхности, чего не наблюдалось в контрольной группе. Средняя продолжительность лечения больных исходной группы составила 23,2±1,6 дня. Тогда как пациенты контрольной группы находились в стационаре 37,3±2,2 суток, $p < 0,05$. На фоне применения раневых покрытий с ионами и нанокристаллами серебра гранулирующих ран у больных исходной группы удалось сократить сроки подготовки к аутодермопластике на 7–10 дней, при этом на операции не требовалось дополнительной хирургической обработки гранулирующих ран, а в послеоперационном периоде лизис пересаженных аутоотрансплантатов составил всего 3%. Анализ результатов кожной пластики у больных группы сравнения показал, что полное приживление трансплантатов произошло в 70,0% случаев, у 16,6% приживление было частичным и у 13,4% трансплантаты лизировались. В исходной группе полное приживление наблюдалось у 87,5% ($p < 0,053$), частично лизирование – у 6,25% и полное отторжение у 6,25% больных. При первичном посеве в обеих группах микроорганизмы из ран выделены у всех пациентов. При вторичном посеве на 5-7 сутки лечения положительный результат бактериологического анализа имелся у 33 больных, при этом этиологическая значимость выделенных микроорганизмов сохранялась у 67,3% обследованных группы контроля. На 10 сутки микрофлора из ран выделена у 18 больных. Основными представителями микрофлоры гнойных трофических язв и пролежней явились микроорганизмы рода *Staphylococcus*, энтеробактерий и неферментирующие грамотрицательные бактерии). Стафилококки были представлены *S. epidermidis*, *S. hominis*, *S.*

aureus, причем последний доминировал. Среди энтеробактерий выделены *Proteus mirabilis* и *P. vulgaris*. Группа неферментирующих грамотрицательных бактерий включала *Acinetobacter baumannii* и *Pseudomonas aeruginosa*. Качественный состав микрофлоры ран претерпевал значительные изменения в динамике заболевания. При бактериологическом анализе посевов, полученных в начале лечения как в основной, так и контрольной группе, основными возбудителями являлись представители рода *Staphylococcus* (83% от всех выделенных культур - у больных группы сравнения и 85% - у больных основной группы). Реже при поступлении обнаруживалась грамотрицательная микрофлора: энтеробактерии и неферментирующие бактерии. К окончанию первой недели пребывания в стационаре частота встречаемости стафилококков в микробиологическом исследовании ран на фоне традиционной терапии уменьшалась, но возросла доля грамотрицательных микроорганизмов - *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *Proteus spp.*, что свидетельствовало о вторичном инфицировании ран группы контроля. В основной группе к седьмым суткам увеличения удельного веса грамотрицательных микроорганизмов в посевах не наблюдалось, а стафилококки практически не высевались что, достоверно подтверждает эффективность применения раневых покрытий ионами и нанокристаллами серебра, ингибирующих рост всех микроорганизмов и препятствующих вторичному инфицированию госпитальными штаммами. Заключение. Применение раневых покрытий с ионами и нанокристаллами серебра при лечении больных с гнойно-некротическими трофическими язвами и пролежнями позволяет повысить эффективность местного лечения: снижает бактериальную обсеменённость, ускоряет развитие грануляций, эпителизацию и заживление, способствует быстрой подготовке к оперативному восстановлению кожного покрова.

43. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Тарасенко С.В. (1,2), Натальский А.А. (1,2), Зайцев О.В. (1,2), Богомолов А.Ю. (1,2),
Кадыкова О.А. (1,2), Кузнецова А.С. (1), Донюкова С.П. (2).*

Рязань

- 1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
- 2) ГБУ РО «ГКБСМП»

Актуальность исследования: Анализ и оценка результатов хирургического лечения хронического панкреатита (ХП) являются принципиально важными моментами в определении показаний к такому виду лечения и в выборе конкретного варианта вмешательства. Цель исследований: анализ отдаленных результатов резекционных операций на поджелудочной железе и сравнение качества жизни (КЖ) пациентов, которым были выполнены данные оперативные вмешательства с КЖ пациентов, страдающих ХП, получающих консервативную терапию. Материалы и методы: В исследование были включены больные с осложненными клиническими формами ХП, к которым относятся: протоковая

панкреатическая гипертензия, конкременты главного панкреатического протока, выраженная фиброзная перестройка паренхимы поджелудочной железы и наличие кальцинатов, наличие билиарной гипертензии, синдром портальной гипертензии, синдром дуоденостаза, хронический абдоминальный болевой синдром, ретенционные и постнекротические кисты. Указанные морфологические изменения подтверждались данными УЗИ, МРТ брюшной полости, ЭФГДС, контрастными рентгеновскими методами исследования, а так же данными патогистологических методов исследования. Пациенты были разделены на 3 исследуемые группы. В 1-ю группу были включены 32 пациента с ХП при подтвержденных морфологических изменениях, которые получали медикаментозную терапию. Критериями исключения для 1-й группы пациентов считали: тяжелые сопутствующие заболевания (онкологические заболевания). 2-я группа – пациенты, перенесшие резекцию поджелудочной железы по Frey (24 человека). 3-я группа – пациенты, перенесшие резекцию поджелудочной железы по Beger (9 человек), в том числе с формированием инвагинационнопанкреатикоюноанастомоза. Критериями исключения для 2-й и 3-й групп являлись: срок менее 1 года с момента операции, тяжелые сопутствующие заболевания. Анализ КЖ проводился при помощи специализированного опросника GastrointestinalSymptomRatingScale (GSRS). Анализ достоверности различий проводился при помощи t-критерия Стьюдента, коэффициента Спирмена Rs. Результаты: Результаты анкетирования по специализированной шкале GSRS позволили выявить величину вклада того или иного гастроэнтерологического синдрома в кумулятивную оценку уровня КЖ. При сравнении группы пациентов, перенесших резекцию поджелудочной железы, с пациентами, получающими консервативную терапию, наибольшие снижения показателей наблюдались по шкалам абдоминальной боли (49.7%), синдрома гастроэзофагиального рефлюкса (28.4%) и шкале запоров (51.9%). При этом статистически значимых различий между группами 2 и 3 по результатам анкетирования по опроснику GSRS выявить не удалось. У ряда пациентов (n=10) клинически отмечался синдром мальабсорбции; с помощью опросника GSRS лишь по трем шкалам удалось выявить статистически значимые ($p < 0.05$) коррелятивные взаимодействия: по шкале диарейного синдрома, диспептических расстройств - положительная, а по шкале констипационного синдрома – отрицательная зависимость. Этот факт объясняется тем, что диарея является частью симптомокомплекса синдрома мальабсорбции и, чем тяжелее мальабсорбция, тем более выражены расстройства стула. Выводы: 1) Качество жизни пациентов, перенесших резекцию поджелудочной железы как по Frey, так и по Beger, достоверно выше качества жизни пациентов, страдающих хроническим панкреатитом и получающих консервативную терапию. 2) Опросник GSRS показал низкую чувствительность в выявлении синдрома мальабсорбции. 3) Возможна разработка дополнительного кластера вопросов с целью оценки синдрома мальабсорбции

44. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ ERAS КОНЦЕПЦИИ

*Тарасенко С.В. (1,2), Натальский А.А. (1,2), Зайцев О.В. (1,2), Богомолов А.Ю. (1,2),
Кадыкова О.А. (1,2), Рахмаев Т.С. (1,2), Баконина И.В. (1,2),
Куликова И.В. (1), Байрошевская Е.А.(2).*

Рязань

1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

2) ГБУ РО «ГКБСМП»

Актуальность исследования: Развитие новых методов диагностики, лечения, в том числе активное внедрение малоинвазивных технологий, совершенствование анестезиологического пособия в настоящее время позволяет улучшать качество хирургической помощи, сокращать сроки пребывания пациентов в стационаре, оптимизировать экономические затраты. Эти факторы послужили предпосылками к созданию новой концепции в лечении хирургических больных: ERAS (early rehabilitation after surgery– ранняя реабилитация после операции). ERAS включает в себя мероприятия, приводимые на до-, интра- и постоперационном периоде. Материалы и методы: На клинической базе БСМП г. Рязани, Центра хирургии печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы в лапароскопическом отделении в 2015-2017 гг. было выполнено 604 хирургических вмешательств с соблюдением концепции ERAS. Было прооперировано 519 женщин (85,9%), 85 мужчины (14,1%), возраст колебался от 21 до 80 лет, средний возраст составил $49 \pm 4,2$ года. Все пациенты обследованы согласно существующим стандартам, обследование пациентов перед плановыми вмешательствами проводилось амбулаторно. Все вмешательства были выполнены лапароскопическим методом. Операции распределились следующим образом: холецистэктомии - 464 (76,8%), паховые герниопластики – 47 (7,7%), аппендэктомии – 43 (7,2%), фундопликации при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы - 30 (4,9%), холедоходуоденостомии (ХДА) – 17 (2,8%), операции при кистах головки поджелудочной железы - 3 (0,5%). На нашей клинической базе были реализованы следующие ключевые аспекты ERAS. Перед операцией: 1) Дооперационное информирование пациента - беседа о предстоящем вмешательстве, его особенностях, о преимуществах ERAS и важности сотрудничества пациента. 2) Отказ от рутинного применения механической очистки кишечника 3) Премедикация в большинстве случаев адекватно заменена беседой с пациентом 4) Отказ от голодания перед операцией. 5) Введение профилактической дозы антибиотиков за 30 минут до начала операции. 6) Госпитализация проводится в день операции, что снижает риск развития внутрибольничных инфекций. Во время операции. 1) Адекватное анестезиологическое пособие с применением препаратов с меньшим периодом полувыведения. 2) Адекватный объем инфузии. 3) Снижение травматичности хирургического доступа, стремление к использованию малоинвазивных, в том числе лапароскопических. 3) Во время операции важно поддерживать нормотермию тела пациента, использовать теплые инфузионные среды. 4) Дренаж брюшной полости не должен быть рутинным, установка дренажей проводится строго по показаниям. Особенности ведения пациентов после операции. 1) При непродолжительных по времени вмешательствах установка уретрального катетера необязательна. 2) После операции целесообразно применение прокинетики. 3) Ранняя пероральная гидратация восстановление энтерального питания являются важными моментами в восстановлении

функции системы пищеварения и поддержания нормоволемии и адекватного углеводного обмена. 4) Ранняя активация пациентов. 5) Эффективное купирование боли. Важен отказ от опиоидов в лечении болевого синдрома и применение современных НПВС и комбинаций с НПВС. Результаты и их обсуждения. По данным наблюдения среди пациентов, получивших хирургическую помощь согласно концепции ERAS: - летальных исходов не было; - не было ни одного случая тромбоэмболических осложнений; - не было случаев гипостатической пневмонии; - не было случаев развития внутрибольничной инфекции; - послеоперационный период протекал без пареза кишечника; - средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 4 дня. Выводы. 1. Применение ERAS концепции в условиях хирургического стационара способствует улучшению результатов лечения, снижению риска послеоперационных осложнений. 2. ERAS подход может применяться как в случае плановых операций, так и пациентов, поступивших по экстренным показаниям. 3. В настоящее время активное внедрение ERAS позволит улучшить качество оказываемой помощи больным хирургического профиля.

45. ОСТРЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ТРОМБОЗЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ляцук А.В., Нижельский В.Е, Кателенец М.О., Чайка О.О.

Луганск, ЛНР.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки».

Актуальность. Лечение острых тромбозов на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных проблем, стоящих в современной ангиохирургии. Частота возникновения острой ишемии конечностей составляет 140 случаев на 1 миллион населения в год. Среди прочих причин острой артериальной непроходимости на их долю приходится около 40% случаев острых ишемических расстройств. Несмотря на совершенствование оперативной техники и послеоперационного лечения больных, количество ампутаций и летальность при этой патологии остаются высокими. Цель: Проанализировать результаты лечения больных с острой ишемией конечностей на фоне злокачественных новообразований. Материалы и методы: В исследование включено 89 больных (63 мужчины и 26 женщин) с острой ишемией конечностей на фоне злокачественных новообразований, находившиеся на лечении в отделение трансплантологии и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы. Средний возраст составил 74 года (от 53 до 90). Стадия ишемии при поступлении II А – II Б. Острая ишемия нижних конечностей была у 49 (55,1%) больных. Острая ишемия верхней конечности была у 31 (34,8%) больных. Острая ишемия верхней и нижней конечности была у 9 (10,1%) больных. Все больные имели злокачественные новообразования. У 41 (46,1%) больного в анамнезе страдали перемежающейся хромотой, у остальных острая ишемия возникла без предшествующего хронического фона. Все больные до поступления были

диагностированы: рак молочной железы – у 7, рак матки - 13, рак яичников - 6, лейкоз – 7, рак легкого – 15, рак желудка – 22, рак поджелудочной железы - 9, рак прямой кишки - 10. Результаты. Все больные были оперированы по поводу острой ишемии в течении 6 часов от момента заболевания. Выполнена тромбоэмболэктомия из периферических артерий с последующим восстановлением магистрального кровотока и ушивание дефекта при помощи сосудистого шва. В раннем послеоперационном периоде все больные отмечали положительную динамику. В позднем послеоперационном периоде, 29 (32,6%) больных были оперированы повторно, по поводу ретромбоза. Ампутации выполнены у 20 (22,5%) больных. Летальных исходов стационаре не было. Выживаемость в течение года составила 46,1 %. Выводы. Больные с острой ишемией конечностей на фоне злокачественных новообразований имеют неблагоприятный прогноз. Низкая выживаемость в течение года может быть объяснена взаимным усугублением тяжести состояния онкологическим процессом и тромботическими осложнениями. Проблема артериальных тромбозов периферических артерий на фоне злокачественных новообразований является редко встречающейся и требует дальнейшего исследования.

46. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

*Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Прус С.Ю., Соколов П.В.,
Натальский А.А., Богомолов А.Ю., Куликова И.В.*

Рязань

ГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Введение: Заболеваемость спаечной тонкокишечной непроходимостью высока и составляет 4 – 20 случаев на 100 тыс населения, являясь причиной 3 – 5 % поступлений больных в хирургический стационар. Возможность применения лапароскопического доступа при оперативном лечении спаечной тонкокишечной непроходимости в настоящее время обсуждается. Материалы и методы: Проведено проспективное, рандомизированное исследование возможности применения лапароскопического доступа при лечении больных спаечной кишечной непроходимости. Оценивали частоту конверсии в основной группе, продолжительность оперативного вмешательства в минутах, сроки выписки из стационара, частоту осложнений, интенсивность послеоперационной боли. Основная группа – 38 пациентов, оперированных лапароскопическим доступом (средний возраст 42,07±14,51 лет). Контрольная группа - 33 пациента, которым выполнялась лапаротомия (средний возраст 46,92 ±15,58 лет). Основная и контрольная группы были идентичны по сроку развития кишечной непроходимости до момента поступления в хирургический стационар (соответственно, 13,73 ±6,29 и 13,75±7,04 часов), времени от момента поступления до оперативного вмешательства (соответственно 16,88±9,76 и 17,31±9,08 часов). В группе

пациентов, оперированных лапароскопическим доступом 20 пациентов поступили в нейрорефлекторную стадию кишечной непроходимости, 18 в стадии интоксикации. В контрольной группе 17 больных в нейрорефлекторной стадии, 16 в стадии интоксикации. Для оценки степени выраженности спаечного процесса в брюшной полости мы использовали Peritoneal Adhesion Index (PAI). Группы оказались равными по степени выраженности спаечного процесса в брюшной полости. В основной группе PAI составил $2,89 \pm 1,27$, в контрольной группе $3,17 \pm 1,3$. Послеоперационный болевой синдром оценивался с помощью визуальной аналоговой шкалы боли. Причинами развития спаечной кишечной непроходимости чаще отмечены гинеко-логические вмешательства (основная группа $n=10$, контрольная группа $n=8$) и аппендэк-томия (основная группа $n=11$, контрольная $n=10$). В обеих группах наблюдались больные без оперативных вмешательств на брюшной полости в анамнезе (соответственно, 6 и 2 пациента). Результаты: При анализе продолжительности оперативного вмешательства отмечено, что в группе больных, которым осуществлялся лапароскопический доступ, время операции существенно меньше. Не было ни одного случая конверсии. В основной группе средняя продолжительность операции составила $24,63 \pm 9,37$ мин, в контрольной группе $40,04 \pm 12,31$ мин $p < 0,05$. Уровень послеоперационной боли у пациентов, перенесших лапароскопический адгезиолизис, оказался существенно ниже группы сравнения. Основная группа $3,31 \pm 2,96$, контрольная группа $5,02 \pm 2,3$, ($p < 0,001$). Восстановление перистальтики кишечника оценивалось по времени появления первой дефекации с момента операции. В основной группе первая дефекация происходила через $17,5 \pm 10,25$ часов с момента операции, у пациентов контрольной группы - через $22,39 \pm 13,46$ часов ($p < 0,05$). После лапароскопического адгезиолизиса выявлен дисковидный ателектаз легкого у одного больного. Нагноение послеоперационной раны возникло у одного пациента, перенесшего лапаротомию. Выписка из стационара пациентов первой группы происходила, в среднем, через $5,03 \pm 2,95$ дня с момента операции, контрольной группы - через $7,88 \pm 4,17$ дня ($p < 0,001$). Заключение: Применение лапароскопического доступа для лечения спаечной тон-кокишечной непроходимости позволяет сократить продолжительность оперативного вмешательства, снизить выраженность послеоперационного болевого синдрома и ускорить реабилитацию пациента.

47. ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

Абрамова С.В., Спирина М.А., Ганина Т.В., Власова Т.И., Ганина М.В.

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарева

Течение воспалительных заболеваний органов малого таза в настоящее время имеет склонность к генерализации процесса с развитием острого пельвиоперитонита, а в некоторых случаях и перитонита. Анализ имеющейся литературы и статистических данных

свидетельствует о том, что, несмотря на достигнутые успехи в области диагностики и лечения тазового перитонита, количество неудовлетворительных результатов при данной патологии остается достаточно высоким. Цель исследования: изучить клинико-лабораторную эффективность лазерной терапии в лечении гнойного пельвиоперитонита. В основу работы положены данные клинико-лабораторных исследований 35 пациентов в возрасте от 17 до 52 лет с подтвержденным диагнозом острый гнойный пельвиоперитонит. Больным после установления диагноза было выполнено хирургическое лечение с использованием лапароскопической операции, которая заключается в удалении гнойного содержимого из полости таза, во вскрытии гнойников, промывании (санации) полостей, дренирование малого таза. Объем оперативного вмешательства зависел от степени распространения воспалительного процесса, наличия пиосальпинкса или tuboовариального абсцесса и сопутствующей патологии шейки и тела матки, яичников. При одностороннем гнойном воспалительном образовании маточных труб и яичников их удаляли. Операция производилась в экстренном порядке, а также при отсутствии эффекта от интенсивной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии через 18-24 ч после ее начала. Для оценки показателей микроциркуляции использовали метод лазерной доплеровской флоуметрии с помощью анализатора лазерного микроциркуляции крови компьютеризированного «ЛАКК-02». Определяли выраженность синдрома эндогенной интоксикации, интенсивность перекисного окисления мембранных липидов. Результаты. Транскутанное лазерное облучение крови осуществлялось в проекции кубитальной вены в течение 15 минут, затем в проекции сонных (синокаротидная зона) и позвоночных артерий (субокципитальная зона, на уровне C1–CII) по 5 минут на каждую область с двух сторон. Проводились ежедневные сеансы лазеротерапии аппаратом «Матрикс» с использованием головки КЛОЗ (излучение с длиной волны 635 нм, мощностью 2 мВт). Отметим, что при применении лазерной терапии в лечении гнойного пельвиоперитонита были зарегистрированы меньшие изменения микроциркуляции. Это проявилось в нарушении микроциркуляции 1 степени (Брискин Б. С., Букатко В. Н., 2002), появлении кардиальной С – волны, что свидетельствовало о включении кардиогенных механизмов компенсации, появлении дыхательной R – волны, что свидетельствовало о включении дыхательных механизмов компенсации. Клинико-лабораторными исследованиями установлено, что при комплексной терапии гнойного пельвиоперитонита, выраженность синдрома эндогенной интоксикации была меньшей и выражалось в уменьшении токсических продуктов гидрофильной и гидрофобной природы. Зарегистрирована сравнительно меньшая интенсификация перекисного окисления мембранных липидов. Положительные эффекты лазерной терапии на микроциркуляцию и метаболические процессы отразились и на клинической эффективности: течение раннего послеоперационного периода было сравнительно благоприятнее, пребывание больных в стационаре сокращалось.

48. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗОЛИРОВАННЫХ РЕЗЕКЦИЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Пронин Н.А. (1), Тарасенко С.В. (1,2), Натальский А.А. (1,2), Павлов А.В. (1),
Афтаев В.Б. (2), Зайцев О.В. (1,2), Богомолов А.Ю. (1,2),
Баконица И.В. (1,2), Рахмаев Т.С. (1,2)*

Рязань

- 1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
- 2) ГБУ РО «ГК БСМП»

Цель: оптимизация хирургического лечения хронического панкреатита с учетом вариантов кровоснабжения головки поджелудочной железы. Материалы и методы: исследование выполнено в два этапа. На первом, морфологическом, изучались экстраорганные артерии поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки методом препарирования 42 комплексов органов верхнего этажа брюшной полости. В основу второго этапа, клинического исследования, положены результаты лечения и обследования 147 пациентов с хроническим панкреатитом, находившихся в клинике госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» Минздрава России с 2006 по 2014 годы. Все оперированные пациенты были разделены на две сравнения группы. В первую группу вошли пациенты, оперированные согласно классической методике того или иного вмешательства. Все оперативные вмешательства: операция Бегера, бернский вариант операции Бегера, операция Фрея в модификации 2003 года [15], выполнялись по общепринятой методике, описанной в отечественной и зарубежной литературе. Группа включала 72 пациента. Во вторую группу включены 75 пациентов, которым оперативное вмешательство выполнялось с учетом полученных нами анатомических данных. В ходе ретро- и проспективного исследования проведена сравнительная оценка результатов лечения. Результаты: установлено, что передняя панкреатодуоденальная артериальная дуга имеет несколько вариантов расположения по отношению к панкреатодуоденальному комплексу. Однако источники артерий, формирующие дугу, и места их отхождения характеризуются относительным постоянством, что позволяет перевязывать элементы передней дуги вне изменённых тканей поджелудочной железы до этапа иссечения паренхимы. При этом кровоснабжения двенадцатиперстной кишки и зоны анастомоза не нарушается. Интраоперационная кровопотеря в первой группе у 24 пациентов составила менее 400 мл ($p < 0,01$), во второй – у 22 пациентов ($p < 0,01$). Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 18,75% пациентов первой группы и 22,7% - второй группы В. Во второй группе у двух пациентов зафиксировано кровотечение из культи железы, потребовавшее релапаротомии. В раннем послеоперационном периоде по данным ВАШ определяется выраженное уменьшение болевого синдрома по сравнению с исходными данными у пациентов обеих групп, с 90,3% и 88% в диапазоне ВАШ 7-10, до 2,8% и 1,3% соответственно. Вывод: сочетание предварительной перевязки элементов передней панкреатодуоденальной артериальной дуги с более радикальным иссечением рубцово-изменённой паренхимы поджелудочной железы, позволяет улучшить ближайшие результаты хирургического лечение хронического панкреатита.

49. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Абдуллаев Э.Г., Гусев А. В., Бабышин В. В, Абдуллаев А.Э., Рунова К. А.

Владимир, Иваново

Кафедра хирургических болезней ИПО ИвГМАГородская клиническая больница
скорой медицинской помощи, г. Владимир.

На протяжении многих лет диагностика и лечение язвенной болезни остается актуальной проблемой медицины. Наиболее частым осложнением язвенной болезни является желудочно-кишечное кровотечение. В последние десятилетия отмечается увеличение частоты язвенных желудочно-кишечных кровотечений, достигая 48% у пациентов старшей возрастной группы. В настоящее время широкое распространение находит индивидуальная дифференцированная тактика, которая включает в себя определение тяжести кровотечения, раннее выполнение фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) с целью определения источника кровотечения, его характера, вероятности развития рецидива, попытки остановить кровотечение, а также определение сроков и объема операции в зависимости от результатов эндоскопического гемостаза, с учетом общего состояния больного. Анализ результатов лечения больных с кровоточащими язвами за период с 2005 – 2015 г.г. убедил нас в необходимости перехода на активную индивидуальную тактику лечения язвенных кровотечений. Основным методом диагностики желудочно-кишечного кровотечения является экстренная эндоскопия, которая выявляет локализацию, характер источника кровотечения, его активность и интенсивность, а также угрозу рецидива. При адекватном эндоскопическом гемостазе проводим оценку его качества с определением показаний для динамической эндоскопии. Экстренную операцию считаем показанной у больных с продолжающимся кровотечением и рецидивом кровотечения, возникшем на фоне проводимой консервативной, гемостатической терапии. За 2005 – 2015 г.г. в хирургических отделениях городской клинической больницы скорой медицинской помощи находилось на лечении 160 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями из язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Всем поступившим в стационар выполнялась диагностическая фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). При первой ФГДС в 36 случаях было активное кровотечение (F Ia и Ib), у 26 – нестабильный гемостаз (F IIa и F IIb), у 56 пациентов эндоскопическая картина соответствовала F IIc, у 42 пациентов эндоскопическая картина соответствовало F III. Источником кровотечения у 96 (60 %) пациентов была язва ДПК, у 68 (42,5 %) пациентов – язва желудка. У 26 пациентов с нестабильным гемостазом произведено ФГДС с осуществлением эндоскопического окончательного гемостаза. В арсенале методов эндоскопической остановки кровотечения из язв мы располагаем физическим методом (диатермокоагуляция), аргонплазменной коагуляцией (АПК), обкалывание язвы по периметру раствором адреналина. Подобный гемостатический комплекс позволил добиться окончательной остановки кровотечения, после чего пациенты получали антисекреторную, гемостатическую и заместительную терапию. Все больные после эндоскопического гемостаза получали трех-компонентную терапию, направленную на эрадикацию *H. Pylori*. Динамическую ФГДС считаем целесообразной у пациентов с большой кровопотерей, сомнительным гемостазом. 39 пациентов после безуспешного эндоскопического гемостаза были оперированы в экстренном порядке. Произведены 15 резекций желудка по Бильрот –

I, 11 резекций желудка по Бильрот II, 10 надпри-вратниковых резекций желудка, 3м пациентам, с выраженной сопутствующей патологией – иссечение кровоточащей язвы. За анализируемый период в послеоперационном периоде умерли 12 (7,5%) пациентов, причиной летального исхода стали декомпенсированный геморрагический шок в 7 случаях, тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем у пациентов старшей возрастной группы в 3 случаях, ТЭЛА в 2 случаях. Наш опыт лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений подтверждает мнение многих авторов, что данная патология требует максимального внимания как в диагностике, так и в лечении.

50. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧРЕЗКОЖНЫХ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Абдуллаев Э. Г., Бабышин В. В., Гусев А. В., Федоров Д. В. Журавлева О. Н., Абдуллаев А. Э.

Владимир, Иваново

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир. Кафедра хирургических болезней ИПО Ив ГМА

Последнее столетие характеризуется значительным развитием хирургических технологий лечения неотложных заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на значительные достижения медицины, релапаротомия является, согласно данным литературы, «вторым ударом» («second hit») в отношении организма больного, что может привести к полному истощению компенсаторных механизмов защиты и гибели пациентов. Путем выхода из создавшейся ситуации, наряду с профилактикой послеоперационных осложнений, является минимизация объема вмешательства, направленных на их ликвидацию. Цель исследования. Оценить эффективность чрезкожных пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ, направленных на ликвидацию послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу неотложных заболеваний органов брюшной полости. Материалы и методы. В 2008-2016 г.г. комплексное лечение послеоперационных осложнений с использованием пункционно-дренирующих вмешательств выполнено у 149 больных обоего пола в возрасте от 26 до 74 лет, оперированных по поводу неотложных заболеваний органов брюшной полости (основная группа). Для сравнения эффективности лечения проведен анализ историй болезней 125 больных, у которых были выполнены повторные открытые оперативные вмешательства на органах брюшной полости (группа сравнения). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, основным и сопутствующим заболеваниям, степени распространенности патологического процесса, тяжести состояния больных по шкале APACHE II. Пункционно-дренирующие вмешательства осуществляли под местной анестезией с использованием ультразвукового сканера фирмы «ALOKA F-37» с применением конвексного датчика частотой 2-5 МГц. Пункционные вмешательства осуществляли иглами фирмы «Cook»

(16-20 G), а дренирование – с использованием дренажных комплектов фирмы «МИТ» «Россия» (от 12 до 30 Fr.). Результаты и их обсуждение. Перед вмешательством определяли расстояние от поверхности кожи до полости, а также объем содержимого. При необходимости пункцию осуществляли через левую долю печени или желудок. Наличие петель кишечника и селезенки на пути движения иглы, а также визуализация сосудов являлись абсолютным противопоказанием к проведению манипуляции. Пункцию выполняли при жидкостных образованиях небольшого и среднего объема (14 больных). При этом аспирировали содержимое и полость промывали раствором антисептика. При наличии жидкостных скоплений объемом 500 мл и более, а также гнойных полостей, предпочтение отдавали чрезкожному дренированию. При поступлении большого количества тканевого детрита полость санировали не менее 4 раз в сутки. В послеоперационном периоде в обязательном порядке контролировали объем отделяемого по дренажам, проводили его бактериологическое и цитологическое исследования, ультразвуковой мониторинг полости. Время дренирования определялось строго индивидуально и зависело от количества отделяемого, скорости очищения от гнойно-некротических масс и объема остаточной полости. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 16 (10,7%) больных основной группы, летальность в группе сравнения осложнения после выполнения релапаротомии возникли у 31 (24,8%) больных.. Таким образом, применение пункционно-дренирующих вмешательств под контролем ультразвука при лечении послеоперационных осложнений позволяет значительно снизить как частоту развития осложнений, так и уровень летальности.

51.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Абдуллаев Э. Г., Абдуллаев А. Э., Гусев А. В., Федоров Д. В., Рунова К. А.

Владимир, Иваново

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г. ВладимирКафедра хир. болезней ИПО Ив ГМА

Введение. Острый панкреатит – полиэтиологическое заболевание поджелудочной железы возникающее в результате аутолиза ее ткани литолитическими и активными протеолитическими ферментами, которое проявляется, как отеком органа, так и панкреонекрозом.и является одним из наиболее распространенных тяжелых ургентных заболеваний, составляющих 5 – 13% всех хирургических болезней. Острый панкреатит является одной из самых тяжелых патологий пищеварительной системы и по частоте возникновения занимает второе место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту. Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 121 пациента с острым деструктивным панкреатитом, которые находились на лечении с 2010 по 2016г. г.в

хирургических отделениях городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Владимира. Основную группу составили 80 пациентов с острым деструктивным панкреатитом в хирургическом лечении которых использовались различные мининвазивные пункционно-дренирующие и эндовидеохирургические вмешательства. В состав контрольной группы вошли 41 пациент с острым деструктивным панкреатитом. При хирургическом лечении больных этой группы выполнялись различные виды открытых оперативных вмешательств. Показанием к оперативным вмешательствам у больных острым деструктивным панкреатитом в основной и контрольной группах являлось наличие как минимум двух из перечисленных ниже критериев: 1- нарастание перитонеальной симптоматики, 2- увеличение количества жидкости в свободной брюшной полости, 3- формирование локального очага деструкции в брюшной полости или в забрюшинном пространстве, 4- прогрессирование интоксикационного синдрома, подтверждаемого при оценке по шкале SAPS. Санация и дренирование патологических очагов в основной группе выполнялось при помощи мининвазивных методов; в контрольной группе- традиционными способами. На начальном этапе лечения больных основной группы в зависимости от варианта течения острого деструктивного панкреатита выполнялись два вида вмешательств: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости или чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем. по поводу ограниченных жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства У больных обеих групп с острым деструктивным панкреатитом помимо динамики общего состояния были изучены послеоперационные хирургические осложнения, их характер и частота встречаемости. Наличие тех или иных осложнений во многом определяло тяжесть состояния больных после операций, влияло на длительность послеоперационного периода, исхода заболевания. Летальность больных с деструктивным панкреатитом составила 17,1% (7 пациентов) в контрольной и 3,8% (3 больных) в основной» группе. Выводы. Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения острого деструктивного панкреатита позволяет сделать вывод о более благоприятном течение послеоперационного периода у больных основной группы. Полученные результаты наглядно демонстрируют преимущества хирургического лечения с использованием мининвазивных технологий по всем рассмотренным критериям. Вместе с тем, при неэффективности мининвазивных методов следует применять открытые вмешательства, которые являются операциями резерва.

52. МЕСТО ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Абдуллаев Э. Г., Абдуллаев А. Э., Гусев А. В., Рунова К. В.

Владимир, Иваново

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г. Владимир. Кафедра хир. болезней ИПО Ив ГМА

Острый аппендицит был и остается одним из самых распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 человек на 1000 населения (Рягузов И. А., 2004). В России выполняется 1-1,5 млн. аппендэктомий в течение года (Валиев Н. Р., 2004). Летальность при остром аппендиците достигает по данным ряда авторов 0,7%, а при осложненных формах – 5,8% (Седов В.М., 2002 г, Рягузов И.А., 2007 г). Послеоперационные осложнения после аппендэктомий возникают в 5-9% случаев (Кригер А.Г. и соавт., 2002 г, Рягузов И. А. 2004). Несмотря на стремительное внедрение в практику новых хирургических технологий в последние годы, диагностические ошибки при обследовании больных с подозрением на острый аппендицит составляют 12-31% (Седов В. М. (2002; Курьгин А. А. и соавт., 2005). При этом у 10-15% больных аппендэктомия выполняется без должных оснований (Седов В. М. 2002). Использование в хирургической практике лапароскопии позволяет снизить количество диагностических ошибок при остром аппендиците, избежать «напрасных» аппендэктомий. Лапароскопические методики операций при остром аппендиците улучшают результаты лечения, уменьшают объём послеоперационных осложнений. Цель работы: Анализ применения лапароскопических методик в диагностике у больных, госпитализированных с подозрением на острый аппендицит; анализ лапароскопических и лапароскопически ассистированных аппендэктомий. Материал и методы: Изучены истории болезни 68 больных, госпитализированных в клинику хирургических болезней ИПО Ив ГМА с подозрением на острый аппендицит за период с 2010 по 2016 г. 39 из них были женщины (57,3%), 29 - мужчины (42,6%). Результаты и обсуждение: Всем больным изучаемой категории выполнена диагностическая лапароскопия, как метод дополнительной диагностики в связи с невозможностью отвергнуть или подтвердить диагноз клиническими и лабораторными методами. У 18-ти (26,4%) больных в результате лапароскопической диагностики диагноз острого аппендицита был исключен. При выявлении в ходе лапароскопии острой хирургической патологии, выполнялись соответствующие вмешательства. В частности, при перфоративной язве желудка – лапаротомия, ушивание язвы, . В случае выявления флегмонозного дивертикулита Меккеля выполнено - лапаротомия – иссечение дивертикула Меккеля ; При перекруте кисты яичника последний был ликвидирован ан лапароскопически, киста удалена. В тех случаях, когда подтвердилось наличие острого аппендицита, произведена лапароскопическая или лапароскопически ассистированная аппендэктомия. В этой группе больных средний койко-день составил 4 дня. Наблюдалось 1 осложнение – серома параумбиликальной троакарной раны. Наркотические анальгетики не применялись ни у одного больного. Обезболивание выполнялось введением кетарола – 2,0 х 3 р. в день, которое требовалось лишь в 1-е сутки после операции. По показаниям выполнялось антибиотикотерапия. Больные начинали ходить через несколько часов после операции. Выводы: 1. Диагностическая лапароскопия является высокоточным методом

дифференциальной диагностики при подозрении на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Эта методика позволяет избежать необоснованных аппендэктомий, тяжелых диагностических ошибок. 2. Применение лапароскопической технологии аппендэктомии приводит к снижению болевого синдрома в послеоперационном периоде, уменьшает сроки пребывания больного в стационаре по сравнению с традиционной методикой аппендэктомии.

53. ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Касьян Д.А.

Кишинёв, Республика Молдова

ГУМФ им. Н.А.Тестемицану

Актуальность. Одной из наиболее важных проблем хирургии варикозной болезни является выявление факторов, оказывающих влияние на отдалённые результаты лечения. Понимание причин неудачного исхода операции позволит оптимизировать существующие хирургические подходы. Целью исследования являлось определение независимых факторов риска развития послеоперационного рецидива варикозной болезни (ПРВБ). Материалы и методы. Отдалённые результаты классических и мини-инвазивных (эндовенозная абляция) вмешательств были отслежены у 254 больных (295 оперированных конечностей). Средний срок наблюдения составил $42,27 \pm 21,0$ месяца. При контрольном осмотре положительным результатом операции считали отсутствие на оперированной конечности варикозных вен диаметром 3 и более миллиметров. На I этапе был проведен унивариантный статистический анализ, сравнивающий максимально возможное число факторов риска в группах пациентов с позитивным и с негативным результатом. На II этапе показатели, достоверно различающиеся между группами, были включены в многовариантный анализ. Статистическую обработку данных осуществляли в программе SPSS 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Результаты. Сравнительный анализ демографических (пол, возраст, масса тела), клинических (С класс CEAP, первичный / рецидивный варикоз) и гемодинамических (поражённый венозный бассейн, конфигурация и протяжённость венозного рефлюкса) факторов не выявил достоверных различий между группами. На I этапе были определены 5 интраоперационных факторов, ассоциирующихся с ПРВБ: (1) доступ к сафено-фemorальному соустью выполняемый ниже уровня паховой складки; (2) отказ от использования методов профилактики феномена паховой неоваскуляризации (эндотелиальная инверсия культи вены и/или ушивание краёв решётчатой фасции); (3) выполнение длинного стриппинга большой подкожной вены (в сравнении с коротким стриппингом); (4) выполнение операции хирургом общего профиля и (5) допущенные тактические или технические ошибки. Множественная логистическая регрессия продемонстрировала прогностическую значимость только одного

фактора – наличия тактических (в диагностике рефлюкса и планировании операции) или технических (неполное или некорректное выполнение операции) ошибок: коэффициент регрессии (B) - 1,542; отношение шансов (OR) - 4,67 (95% CI 1,54-14,12). Обсуждение. Ряд демографических и клинических факторов (ожирение, семейный анамнез) могут ассоциироваться с риском ПРВБ. Однако, большинство таких факторов не поддаются коррекции, а их изучение имеет преимущественно теоретическое значение. Более важным является выявление факторов, связанных с особенностями выполняемого хирургического вмешательства. В настоящем исследовании были выявлены некоторые технические особенности операций, влияющие на вероятность развития ПРВБ. Также было изучено влияние специализации оперирующего хирурга на развитие ПРВБ. При этом, хирургом, специализирующемся на лечении больных с варикозом, считали врача прошедшего курсы усовершенствования по флебологии и ежегодно выполняющего более 50 операций при варикозной болезни. Было установлено, что в группе больных без рецидива хирургические вмешательства достоверно чаще выполнялись специализированным хирургом, чем в группе больных с ПРВБ. В то же время, в условиях многовариантного анализа перечисленные выше факторы риска ПРВБ оказались незначимыми. Вывод. Наличие тактических или технических ошибок в хирургическом лечении варикозной болезни является единственным достоверным и независимым фактором риска, почти в 5 раз увеличивающим вероятность развития клинического рецидива заболевания в отдалённом послеоперационном периоде. Рекомендации. Приоритетным направлением дальнейшего улучшения результатов хирургического лечения варикозной болезни является повышение квалификации специалистов, осуществляющих оперативное лечение данной категории больных.

54. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА, ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ, С ПОМОЩЬЮ ОЦЕНКИ ЛАТЕРАЛЬНОГО КРАЯ РЕЗЕКЦИИ

Литвинова У.А. (1), Муравьев А.В. (2), Койчуев А.А. (1)

Ставрополь

- 1) ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер»,
- 2) МБУЗ «Городская клиническая больница №2»

Актуальность: Тотальная мезоректумэктомия (ТМЕ) – принятый стандарт хирургического лечения средне- и нижеампулярного рака прямой кишки. Она создает оптимальные условия для выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств, способствует снижению частоты интраоперационных и послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, увеличивает безрецидивную выживаемость. Морфологическое исследование латерального края резекции играет важную роль в оценке качества хирургического лечения и определения факторов риска развития локального рецидива. Цель исследования: Повышение эффективности лечения и качества жизни больных раком прямой кишки, путем улучшения

непосредственных и отдаленных результатов хирургического и комбинированного лечения, за счет оптимизации хирургического вмешательства, совершенствования патоморфологической оценки латерального края резекции. Материалы и методы: В исследование были включены 155 больных с раком прямой кишки, за период с ноября 2013 года по настоящее время. Группу исследования составляли: 72 женщины и 83 мужчины в возрасте от 32 до 81 года. 25 пациентам было проведено предоперационное комбинированное лечение: курс пролонгированной лучевой терапии, на область малого таза, в суммарной дозе 50 Гр, и курс химиотерапии - кселода 1500 мг 2 раза в дни облучения. 66 выполнена низкая передняя резекция прямой кишки, 67 брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, 1 брюшно-анальная резекция прямой кишки, 1 задняя экзентерация малого таза, 1 лапароскопическая низкая передняя резекция прямой кишки, 2 внутрибрюшных резекции прямой кишки, 8 передних резекции прямой кишки, 9 операция Гартмана. Во всех случаях выполнения брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, она была оценена как радикальная. У 84 опухоль локализовалась в среднеампулярном отделе, у 71 в нижеампулярном отделе. Всем пациентам была выполнена ТМЕ с расширенной лимфаденэктомией. В 133- случаев качество удаленного препарата было оценено как хорошее (Grade-3), в 12-как удовлетворительное (Grade-2), и в 9 - как неудовлетворительное (Grade-1), у 1 пациента была отмечена интраоперационная перфорация кишки. У 35 больных опухоль имела строение высокодифференцированной, у 120 – умеренно дифференцированной. У 16 пациентов после проведенного курса предоперационного комбинированного лечения отмечался резко выраженный патоморфоз опухоли, с единичными опухолевыми комплексами. Инвазия опухоли в мезоректальную клетчатку (pT3) отмечалась у 72 больных. Метастатические очаги (опухолевые депозиты) в клетчатке мезоректума были обнаружены у 3 больных. Метастатическое поражение лимфоузлов выявлено 28 больных. Результаты: При морфологической оценки качества хирургического лечения позитивный циркулярный край резекции был выявлен в 13 удаленных препаратах, при локализации опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки. Циркулярный край резекции мы считали позитивным, если опухоль определялась на расстоянии 1 мм и менее от него. При морфологическом исследовании во всех препаратах позитивный край резекции был обусловлен распространенностью опухолевого процесса и глубокой инвазией опухоли в мезоректальную клетчатку. Выводы: Исследование латерального края резекции позволяет оценить качество и полноту проведенного хирургического лечения, выявить наличие неблагоприятных прогностических факторов, определить больных с высоким риском местного рецидива и прогрессирование опухолевого процесса, с целью прогнозирования клинического исхода неoadъювантной и адъювантной химиотерапии.

55. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С СПОНТАННЫМ РАЗРЫВОМ ПИЩЕВОДА-СИНДРОМОМ БУРХАВЕ

Клочнева Е.А., Сычев Д.И.

Тамбов

ТОГ БУЗ “Тамбовская ЦРБ”

Актуальность. Синдром Бурхаве - спонтанный разрыв всех слоев стенки пищевода, сопровождающийся резкой болью в груди и (или) в надчревной области, иррадиирующей в спину. Характерными для синдрома считаются: расстройство глотания, рвота, затруднение дыхания, развитие шока. Впервые этот синдром был описан в 1724 году голландским врачом Германом Бурхаве. Своевременная диагностика этого серьезного заболевания представляет большие трудности из-за его редкости, разнообразия клинических проявлений, часто симулирующих различную патологию со стороны других органов, а также неосведомленность большинства врачей. Следует отметить, что даже при установленном при жизни диагнозе, послеоперационная летальность, при адекватном хирургическом лечении, достигает 25-85%. В мировой медицинской литературе к 1998 году описано чуть больше 300 случаев этого заболевания. Целью данного сообщения является описание успешного опыта лечения больного с спонтанным разрывом пищевода - синдромом Бурхаве. Материал и методы: пациент К. 73 лет находился на стационарном лечении в хирургическом отделении ТОГ БУЗ “Тамбовская ЦРБ” с 30.04.2013 по 12.08.2013. Установлен диагноз: Синдром Бурхаве. Медиастинит. В анамнезе в 1975 году резекция 2/3 желудка по поводу язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением, гипертоническая болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия, ишемическая болезнь сердца, хронический бронхит. Заболел остро 30.04.2013 года, когда отметил появление тошноты, рвоты по типу “кофейной гущи”, боль в животе, боль за грудиной, слабость, черный стул. Пациент был доставлен в стационар по скорой медицинской помощи через 5 часов от момента заболевания. Верификация диагноза произошла на этапе выполнении рентгенографии пищевода и желудка – разрыв н/з пищевода, пневмомедиастинум. Спустя 10,5 часов от момента заболевания после предоперационной подготовки выполнена операция в объеме – лапаротомия, разделение спаек, ушивание перфорации пищевода, фундопликация по Ниссену, санация и дренирование брюшной полости. Линейный разрыв размером 1,0x0,5 см локализовался на левой стенке пищевода в 2 см выше кардиального жома. При ревизии заднего средостения эвакуировано около 50 мл мутного выпота. На 11 сутки у пациента развилась клиническая картина несостоятельности швов ушивания перфорации н/з пищевода. Выполнена экстренная операция – релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание несостоятельности швов н/з пищевода, еюностомия по Майдлю, санация и дренирование брюшной полости. Состояние пациента после дважды выполненных операций оставалось тяжелым, учитывая развившуюся правостороннюю нижнее долевую сегментарную пневмонию, анемию с падением уровня гемоглобина до 72 г/л, почечную недостаточность, гипопроотеинемию. За время пребывания в реанимации больному перелито 605 мл одноклеточной эритроцитарной массы, 2640 мл свежезамороженной плазмы, антибиотикотерапия, антисекреторная терапия, инфузионная терапия в объеме до 4 литров в сутки, парентеральное питание, затем питание через энтеростому, гепаринопрофилактика, витаминотерапия, ноотропы, периодическая

вазопрессорная поддержка мезатоном и дофамином, ЛФК. На 18 сутки от момента релапаротомии пациенту выполнена операция – ушивание полной подкожной эвентрации послеоперационной раны. Через 2,5 месяца с момента выполнения повторной операции больному произведено закрытие энтеростомы с восстановлением полного пассажа по кишечнику. Результаты. Пациент выписан из стационара в относительно удовлетворительном состоянии через 3,5 месяца с момента поступления. Жалоб не предъявляет, температура тела в норме. Гемоглобин 96 г/л, явлений полиорганной недостаточности нет. Местно: область послеоперационной раны заживает вторичным натяжением. Выводы. Синдром Бурхаве является редким в диагностике и лечении заболеванием, требующим своевременного хирургического вмешательства, как на этапе диагностики заболевания, так и на этапе возникновения послеоперационных осложнений, а также комплексном лечении с участием врача терапевта и реаниматолога.

56. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Анищенко В.В.(1,2), Ким Д.А.(1,2), Ковган Ю.М.(1,3)

Новосибирск

- 1) ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России
- 2) ЗАО Медицинский центр "АВИЦЕННА"
- 3) НУЗ ДКБ на ст. Новосибирск-Главный ОАО РЖД

Введение: При значительных успехах современной медицины острый некротизирующий панкреатит остается одной из наиболее сложных проблем urgentной абдоминальной хирургии. Важным критерием успешности лечения является своевременная ранняя диагностика тяжелых форм и определение прогноза заболевания. Наиболее информативным исследованием на сегодня является мультиспиральная компьютерная томография, позволяющая оценить не только локализацию, распространенность некротических изменений в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке и прогноз развития заболевания, но и определить тактический подход в лечении данной категории больных. Цель работы: Оценить диагностическую и прогностическую значимость МСКТ-ангиографии брюшной полости у больных с острым некротизирующим панкреатитом на ранних стадиях. Материалы и методы: Работа основана на анализе данных лечения 42 больных, средний возраст 50+12,2 лет, 60% мужчины, 40% женщины, поступивших в клинику в 2007–2016 гг. с диагнозом острый некротизирующий панкреатит, которым проведена МСКТ-ангиография брюшной полости на ранних сроках (2-4 сутки). Сканирование проводили на аппарате HiRes.Lung в кранио-каудальном направлении на задержке дыхания после вдоха. Для анализа полученных данных использовались аксиальные и многоплоскостные срезы на основе построенных реконструкций (MIP, MPR, VRT). Всем пациентам проводили сканирования в 4

фазы: в фазу естественного контрастирования, артериальную, венозную и отсроченную (5-7 минут). Для контрастирования использовали 100 мл омнипака, 350 мг/мл, скорость 4,2 мл/с, коллимация среза – 1,25 мм, эффективная ширина среза/интервал реконструкции – 2/3. При анализе томограмм изучали размеры головки, перешейка, тела и хвоста ПЖ, локализацию и размеры некрозов. Особое внимание было уделено глубине поражения ткани ПЖ в сагиттальной плоскости, позволяющей определить полные поперечные “перерывы” ее паренхимы. Всех больных разделили на 3 группы в зависимости от локализации некрозов ПЖ согласно классификации, предложенной Дюжевой Т.Г. и соавт (2009): в первую группу вошли больные с некротическими изменениями в области головки и перешейка поджелудочной железы (Тип А), во вторую группу вошли больные с некротическими изменениями в области хвоста поджелудочной железы (Тип В), в третью группу вошли больные с некротическими поражениями в нескольких отделах поджелудочной железы (Тип С). Внутри каждой группы больные разделены по глубине поперечного поражения ткани поджелудочной железы: менее 50% (подтип 1), более 50% (подтип 2), полный поперечный некроз (подтип 3). Результаты и обсуждение: Ситуация возможности формирования внутреннего панкреатического свища вследствие наличия жизнеспособной паренхимы ПЖ дистальнее места некроза была выявлена у 20 больных (Тип А). По глубине некроза распределение было следующим: 1 (некроз менее 50%) – 7 больных; 2 (некроз более 50%) – 5 больных; 3 (полный поперечный некроз) – 8 больных. У 13 больных некроз располагался в области хвоста ПЖ (Тип В). За ним не было выявлено жизнеспособной паренхимы, и вероятность поступления панкреатического сока в забрюшинное пространство была меньше. По глубине некроза распределение было следующим: 1 (глубина некроза более 50%) – 4 больных; 2 (некроз более 50%) – 4 больных; 3 (полный поперечный некроз) – 5 больных. У 9 больных некроз располагался в нескольких отделах ПЖ (Тип С): 1 (некроз менее 50%) – 1 больных; 2 (некроз более 50%) – 2 больных; 3 (полный поперечный некроз) – 6 больных. Дальнейший анализ показал, что частота развития распространенного парапанкреатита в группе больных Тип А и Тип С с наличием глубоких некрозов ПЖ (более 50% поперечного сечения ПЖ и полный поперечный некроз) значительно выше, чем в группе с поражением хвоста ПЖ (тип В) и некротическими изменениями любой локализации с глубиной некроза менее 50% (Тип А1, Тип С1) ($p < 0.05$). Достоверно отмечено, что у больных Тип А2,3 и Тип С2,3 жидкостные скопления значимо превалируют над инфильтративными изменениями ($p < 0.05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что конфигурация некроза ПЖ является определяющим фактором формирования внутреннего панкреатического свища, и далее распространенного парапанкреатита, который представляет главную опасность для жизни больного. Раннее развитие распространенного парапанкреатита, преимущественно у больных 1й и 3й групп с наличием глубоких (не менее 50% поперечного сечения ПЖ) некрозов ПЖ, преобладание жидкостного компонента над инфильтративным в структуре воспалительных изменений забрюшинной клетчатки являются прогностически неблагоприятными факторами и ставят вопрос о проведении хирургических вмешательств на ранних стадиях.

57.ИНВАГИНАЦИОННЫЙ АНАСТОМОЗ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Прус С.Ю., Натальский А.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Введение: Несостоятельность швов межкишечного анастомоза является частым и грозным осложнением в абдоминальной хирургии. Несостоятельность анастомозов при операциях на толстой кишке наблюдается в 5-25% случаев и в 50 – 60% случаев является причиной смерти. Материалы и методы: Проведено ретроспективное и проспективное рандомизированное клиническое исследование применения погружного инвагинационного анастомоза в клинически отягощенных условиях, у ослабленных больных. Формирование соустьей осуществлялось в условиях выраженного перифокального отека, инфильтрации окружающих тканей, наличия очагов склероза, хронического и подострого воспаления анастомозируемых сегментов, выраженного перипроцесса, истончения кишечной стенки. Основная группа - 32 пациента, выполнение анастомоза осуществлялось погружным инвагинационным методом. Группа сравнения - 39 человек, формирование соустья осуществлялось однорядным узловым швом Пирогова – Матешука. Больные были оперированы по поводу опухоли правых отделов толстой кишки, в условиях компенсированной или субкомпенсированной кишечной непроходимости, выраженного спаечного процесса в брюшной полости, воспалительной опухоли толстой кишки, осложнившейся перфорацией в брюшную полость, с болезнью Крона, дивертикулезом толстой кишки. А также реконструктивно – восстановительные операции. Эффективность лечения оценивали по клинико – лабораторным показателям, срокам восстановления моторики кишечника, появлению перистальтических шумов, появлению первого стула, купированию воспалительной реакции брюшины, времени нормализации температуры тела, частоте осложнений. Оценивали сроки выписки из стационара, и время формирования соустья. Больным каждой группы применялся комплекс предоперационных, интра – и послеоперационных мероприятий, направленных на профилактику несостоятельности толстокишечных соустьей. Результаты: В основной группе у 70,9 % пациентов воспалительная реакция брюшины исчезала на 1 – 2 сутки течения послеоперационного периода ($p < 0,05$). Восстановление моторики, появление перистальтической активности кишечника было в первые двое суток. На третьи сутки появлялся самостоятельный стул у 26 больных (81,25%), у 6 человек (18,75%) на четвертые. В группе сравнения появление моторно – эвакуаторной функции кишечника наблюдалось на 2 – 3 сутки. Однако к исходному состоянию моторика желудочно – кишечного тракта не приходит. Появление самостоятельного стула наблюдалось через 4 суток после операции. Температура тела у больных основной и контрольной групп значительно не отличалась и нормализовалась к 4 – 5 суткам. В основной группе и в группе сравнения были выявлены следующие осложнения: несостоятельность анастомоза – 5 случаев (4 случая при применении традиционных узловых методик формирования соустья (10.25%), 1 при использовании погружного инвагинационного метода (3.1%)); анастомозит с длительным нарушением эвакуации встречали в группе сравнения у 3 больных (7.69%); кровотечение из зоны анастомоза было крайне редким, у 1 больного в группе сравнения (2,56%). Других осложнений, таких как, нагноение ран, эвентрация в исследуемых группах не было. Время,

затраченное на формирование анастомоза в основной группе, составило 12.4 ± 1.2 мин, в контрольной группе - 16.8 ± 1.5 мин. При неосложненном течении в основной группе длительность пребывания составила 15.8 ± 1.1 суток, в то же время в группе сравнения 19.1 ± 1.6 суток. При этом длительность сократилась на 18%. Заключение: Применение межкишечного погружного инвагинационного анастомоза в клинически отягощенных условиях, в условиях выраженного перипроцесса анастомозируемых сегментов, субкомпенсированной кишечной непроходимости, позволяет достичь более высоких результатов, снизить процент осложнений, ускорить реабилитацию больного.

58. ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ НАРУЖНЕГО ГЕМОРРОЯ И УЛУЧШЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОРРОЯ II-III

Сотников В.М. (1), Каторкин С.Е. (2), Андреев П.С. (3)

Самара

1)ММЦ Медикал Он Груп Самара, 2)СамГМУ, 3) СамГМУ

Геморрой занимает первое место в структуре колопроктологических заболеваний, удельный вес данной патологии колеблется в пределах от 34 до 41 %. В последние годы все большее распространение получают малоинвазивные методы лечения геморроя, которые позволяют проводить лечение в амбулаторных условиях. Почвой для совершенствования методов лечения геморроя являются профилактика послеоперационных осложнений и улучшение отдаленных результатов. Цель исследования. Разработка алгоритма лечения комбинированного геморроя II-III стадий методом латексного лигирования внутренних геморроидальных узлов и удаления наружных геморроидальных узлов радиоволновым методом с целью ликвидации послеоперационных осложнений и улучшения отдаленных результатов. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 98 пациентов, которым было проведено лечение комбинированного геморроя II-III стадий. Пациенты были разделены на две группы. Пациентам обеих групп лечение геморроя проводилось методом латексного лигирования внутренних геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах за 2 сеанса с промежутком 10-15 дней. Для профилактики обострений наружного геморроя, была назначена обработка наружных геморроидальных узлов комбинированной мазью Гепатромбин Г 1 раз в день 5 дней после каждого лигирования. Кроме этого пациентам основной группы латексное лигирование внутренних геморроидальных узлов было дополнено эксцизией наружных геморроидальных узлов радиоволновым методом. Всем пациентам была выполнена сонография кровотока в наружных геморроидальных узлах на 1 день лечения, перед вторым лигированием и через 30 дней после последнего лигирования. Результаты. После проведения латексного лигирования в течение 1-3 суток у 2 (4,3%) пациентов контрольной группы наблюдалось обострение наружного геморроя. В основной группе обострений геморроя не выявлено. Сонография

наружных геморроидальных узлов перед вторым лигированием позволила выявить снижение скорости кровотока в наружных геморроидальных узлах: максимальной на $34,8 \pm 15,5\%$ и минимальной на $31,5 \pm 13,4\%$. После проведения лигирования 37 пациентам основной группы была выполнена экцизия наружных геморроидальных узлов в 2 (75,4%), 12 пациентам в 3 (24,6%) этапа и 1 (0,98%) пациенту в 4 этапа. В течение года после проведения лечения 6 (12%) пациентов контрольной группы обратились по поводу обострения наружного геморроя. Через 1 год у 8 (17%) пациентов контрольной группы и у 4 (8,2%) пациентов основной группы было выявлено пролабирование одного внутреннего геморроидального узла по поводу которого выполнялось латексное лигирование. У пациентов основной группы в течение года и при контрольном осмотре через 12 месяцев обострений и рецидивов симптомов геморроя выявлено не было. Заключение. Предлагаемый алгоритм лечения комбинированного геморроя позволяет провести профилактику ближайших послеоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты лечения вследствие коррекции объема кровеносного русла в области геморроидальных сплетений и уменьшения дисфункции геморроидальных вен.

59.ЭРОЗИВНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Калантаенко В.Ю.

Реутов

ГАУЗ МО Центральная городская клиническая больница г.Реутов

Актуальность: Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта составляют примерно 70-80% всех случаев желудочно-кишечных кровотечений. Ведущей причиной являются эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. В связи с этим разработка и внедрение в практику методов профилактики эрозивных поражений слизистой органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта имеет первоочередное значение в предупреждении желудочно-кишечных кровотечений. Цель и задачи. Изучить изменения слизистой оболочки (СО) органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных реанимационного профиля с патологией головного мозга: черепно-мозговой травмой и нарушением мозгового кровообращения. Методы исследования. В период с 2011 по 2016 гг. 124 пациентам в возрасте от 15 до 54 лет, находящимся на лечении в реанимационном отделении ЦГБ выполняли диагностическую и при необходимости контрольную эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) в 1-е - 5-е сутки после получения черепно-мозговой травмы и нарушения мозгового кровообращения. Результаты. У всех пациентов были выявлены воспалительные изменения СО желудка - отек, гиперемия, повышенная ранимость и кровоточивость. В 31 случаях (25%) при ЭГДС каких либо дефектов СО органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта не выявлено. У 93 больных (75%) были

выявлены мелкие подслизистые геморрагии и эрозивные поражения. В основном эти дефекты располагались в теле желудка по задней и передней стенкам и в выходном отделе. В 41 случаях (33,3%) эти изменения сочетались с наличием единичных или множественных эрозий в нижней трети пищевода и гастроэзофагеальным рефлюксом. Эрозии имели вид конических на широком основании возвышений СО диаметром до 3 мм или пупковидных папул с точечным углублением в центре. Кроме того, почти у всех больных с дефектами СО желудка были выявлены папулы с интактной слизистой на их поверхности и расположенные на одном уровне с окружающей розовой или бледной слизистой пятна ярко-красного цвета. Заключение. Эрозивные поражения слизистой оболочки пищевода и желудка встречаются у 75% пациентов с патологией головного мозга. Преимущественная локализация этих дефектов в кислотопродуцирующей зоне слизистой оболочки желудка, возможно, обусловлена изменениями кислотности желудочного секрета у этих больных. Предложено всем пациентам с патологией головного мозга, находящимся на лечении в реанимационном отделении, профилактическое назначение антисекреторных препаратов в инъекционной форме. Это позволяет защитить слизистую оболочку желудка и пищевода от желудочного секрета, предотвратить эрозивные поражения, а следовательно, и кровотечения.

60.ИНТЕГРАЦИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

*Карпов О.Э., Ветшев П.С., Бруслик С.В., Левчук А.Л., Свиридова Т.И.,
Слабожанкина Е.А., Бруслик Д.С.*

Москва

ФГБУ "НМХЦ им. Н.И. Пирогова" Минздрава РФ

Цель: Обобщить опыт применения инновационных миниинвазивных навигационных технологий в многопрофильном стационаре. Материалы методы. Обобщен и проанализирован опыт работы за последние семь лет работы в ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. Выполнено 2117 операций под контролем ультразвука и рентгенотелевидения (РТВ), из них при заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной зоны – 1110, при послеоперационных осложнениях- 443, при поражении других органов- 624. Возраст пациентов варьировал от 18 до 93 лет (средний возраст составил 44,6лет); женщины 53%, мужчин было 47%. Все пациенты находились на стационарном лечении. Миниинвазивные операции выполняли в условиях специально оборудованной операционной. Примерно треть от общего количества выполненных операций носили диагностический характер, в остальных случаях лечебный. В послеоперационном периоде проводили оценку эффективности выполнения миниинвазивных вмешательств, на основании контроля количества и качества отделяемого по дренажу, общего состояния пациента, лабораторных показателей, результатов инструментальных и рентгеноконтрастных

исследований. Результаты. Приоритетное значение имеют лечебные миниинвазивные технологии (МИТ) под УЗ-навигацией и рентгенологическим контролем (РТВ) при синдроме обтурационной желтухи, остром деструктивном панкреатите, паразитарных заболеваниях печени, а также в лечении различных послеоперационных осложнений. При механической желтухе, опухолевого генеза, независимо от дальнейшей тактики лечения, предпочтение отдаем двухэтапному подходу - обязательной декомпрессии желчных протоков на первом этапе (чрескожной или эндоскопической), с последующим решением вопроса о применении либо хирургического лечения, либо стентирования желчных протоков. Возможности многопрофильного стационара позволяют применять миниинвазивные технологии не только при отграниченных скоплениях, но и при осложненных формах течения острого панкреатита (флегмона забрюшинной клетчатки). Оптимальное использование МИТ позволяет снизить летальность при этом тяжелом заболевании в несколько раз. Решающую роль в лечении паразитарного поражения органов брюшной полости имеет традиционное хирургическое вмешательство, применение чрескожных миниинвазивных вмешательств дает наилучшие результаты при моновезикулярных кистах без кальциноза фиброзной капсулы, при этом размеры кисты, как правило, не имеют принципиального значения. Обязательным условием при этом, является удаление всех герминативных элементов кисты. Миниинвазивные вмешательства считаем методом выбора в лечении послеоперационных осложнений. Заключение. Инновационные, щадящие хирургические технологии, динамично развиваясь и совершенствуясь, занимают все более достойное место в клинической практике. За ними будущее о чем свидетельствует опыт ведущих отечественных и зарубежных клиник. Дальнейшее развитие и внедрение в клиническую практику МИТ требует мультидисциплинарного подхода, активного и широкого обсуждения на научных форумах и на страницах периодических изданий.

61.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА: ОСЛОЖНЕНИЯ, ОШИБКИ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ.

Карпов О.Э., Бруслик С.В., Маады А.С., Левчук А.Л., Свиридова Т.И., Бруслик Д.С..

Москва

ФГБУ « Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Цель исследования: описать возможные ошибки и осложнения при применении миниинвазивных технологий в лечении деструктивного панкреатита и найти способы их решения. Материалы и методы: с 2010г по настоящее время в НМХЦ им. Н.И. Пирогова пролечено 90 пациентов с деструктивным панкреатитом в возрасте от 29 до 74 лет, среди них мужчин – 66 (73%), женщин -24 (27%). На фоне проведения противопанкреатической терапии (инфузионной терапии с антисекреторной и антиферментной поддержкой, антибиотикопрофилактикой) пациентам выполняли следующие мининвазивные

вмешательства: лечебно-диагностическая пункция, чрескожное наружное дренирование отграниченных скоплений жидкости, абсцесса, флегмоны, чрескожную чреспеченочную холецистостомию, чрескожную некрсеквестрэктомию, в том числе, с лапароскопической поддержкой и мирилапаротомией, эндоскопические манипуляции: холедохолитотрипсия, папиллосфактеростомия, стентирование протока поджелудочной железы. Инструментальными методами контроля на до- и послеоперационном этапах были УЗИ, КТ с контрастным усилением (в некоторых случаях МРТ), лабораторными методами контроля являлись общие клинические и биохимические исследования крови, а также бактериологическое исследование отделяемого, обязательным методом было проведение контрольной фистулографии и коррекции положения дренажей. Результаты: Проанализированы результаты выполненных миниинвазивных операций у 87 пациентов с деструктивным панкреатитом, находившихся на лечении в стационаре в сроки от 20 до 80 дней. Выявлены основные группы ошибок и осложнений: первая - обусловлена трудной интерпретацией и сопоставлением данных компьютерной томографии с данными ультразвукового исследования, что приводило к затруднению дифференцировки анатомических образований в инфильтрате и неоправданной пункцией сосудистых структур, петель тонкой и толстой кишки. Вторая группа – это ошибки и осложнения, связанные с недооценкой распространенности процесса и, как следствие этого, неадекватного дренирование зоны деструкции (инфильтрата, отграниченного скопления жидкости, абсцесса, флегмоны), что приводило к удлинению срока нахождения пациента в стационаре и высокому риску возникновения септических осложнений. Третья группа ошибок и осложнений связана с фазовостью течения деструктивного панкреатита и неоправданным ранним удалением дренажей в период «мнимого благополучия», что зачастую приводило к обострению процесса, сепсису и полиорганной недостаточности. При этом пролонгированное оставление дренажей, также является фактором, способствующим возникновению пролежня стенки кишки и формированию внутреннего кишечного свища, перитонита. Пути решения для устранения возникающих ошибок и осложнений включали в себя, различные эндоскопические и лапароскопические методы остановки кровотечения, закрытие внутренних дигестивных свищей с помощью технологий «рандеву», своевременное выполнение фистулографии, коррекции положения и замены дренажей, применение различных вариантов гидротампонады. Заключение: таким образом, несмотря на возможные осложнения и технические сложности мининвазивные технологии остаются важным звеном в лечении такого грозного заболевания как деструктивный панкреатит.

62.УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ (HIFU) НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Карпов О.Э., Ветшев П.С., Левчук А.Л., Бруслик С.В., Свиридова Т.И., Слабожанкина Е.А., Саржевский В.О., Бруслик Д.С.

Москва

ФГБУ « Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Цель исследования: оценка результатов применения ультразвуковой абляции при лечении пациентов с нерезектабельной опухолью поджелудочной железы, основанных на данных инструментальных и морфологических методах исследования. Материалы и методы: с 2009г по настоящее время в НМХЦ им. Н.И. Пирогова выполнено 228 дистанционных ультразвуковых абляций в онкологии, из них 19 УЗ-абляций у 17 пациентов с нерезектабельной опухолью поджелудочной железы, 5 мужчин и 12 женщин, с локализацией опухоли: головка - 8, тело - 8, тело-хвост - 1. Во всех случаях у пациентов отмечался болевой синдром, он явился основным показанием для выполнения УЗ-абляции. В 8 случаях течение заболевания сопровождалось механической желтухой, которое потребовало перед выполнением УЗ-абляции проведение ряда этапов миниинвазивных желчеотводящих вмешательств. У всех пациентов на дооперационном этапе была выполнена морфологическая верификация опухолевого поражения поджелудочной железы. Методами контроля на до- и послеоперационном этапах были УЗИ, КТ с контрастным усилением и морфологические исследования. Результаты: При динамическом наблюдении в течении 3-х лет по данным инструментальных методов исследований (УЗИ, КТ с контрастированием) во всех случаях отмечено уменьшение размеров и объема опухоли, изменение структуры опухоли: в виде повышения её экзогенности, появление зон не накапливающих контрастный препарат. Наиболее точно структурные изменения в послеоперационном периоде отображают морфологические исследования (биопсия опухоли), выполненная в сроки 3, 6, 12, 24 мес. Во всех случаях наблюдался некроз опухолевой ткани с разрушением её стромы. После УЗ-абляции нерезектабельной опухоли поджелудочной железы, в двух случаях, отмечена кистозная трансформация опухоли и в одном случае через 2 года практически полное её исчезновение. Медиана выживаемости после выполнения HIFU у пациентов с нерезектабельной опухолью составляет 18 мес. Осложнения: гипертермия, ожог III ст., реактивный панкреатит, перфорация двенадцатиперстной кишки. Летальности в раннем послеоперационном периоде не было. Из 16 пациентов летальный исход отмечен в 7 случаях в сроки от 3 мес. до 2 лет., основными причинами которых являлись генерализация опухолевого процесса - в 4 случаях, в 1 случае - желудочно-кишечное кровотечение через 3 мес. и в 2 случаях тонкокишечная непроходимость через 6 мес. после УЗ-абляции. Хорошая переносимость процедуры ультразвуковой абляции опухолей поджелудочной железы и короткий период реабилитации были отмечены у всех пациентов. Заключение: сочетанное этапное применение миниинвазивной хирургии и неинвазивной – HIFU- абляции расширяет возможности комплексного лечения пациентов с нерезектабельной опухолью поджелудочной железы, что сопровождается благоприятным непосредственным прогнозом и улучшает качество жизни пациента, но требуется дальнейшее накопление и оценка материала.

63.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Куликова И.В., Кузнецова А.С., Куприна А.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии

Цель исследования: изучение эффективности лапароскопического доступа в лечении послеоперационных вентральных грыж. Материалы и методы: В рамках исследования проведен анализ ранних результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж открытым и лапароскопическим доступом. Анализу подвергали болевой синдром, который оценивался с помощью визуальной аналоговой шкалы боли, частоту послеоперационных осложнений и сроки выписки из стационара. В исследование включены 85 пациентов с верифицированным диагнозом «послеоперационная вентральная грыжа». В первую группу вошло 45 обследуемых, которым была выполнена открытая герниопластика сетчатым эндопротезом Sublay (сетчатый эндопротез установлен под апоневроз и фиксирован транспоневротическими швами), во вторую группу - 40 пациентов, в лечении которых использована лапароскопическая герниопластика IPOM (ненатяжная интраперитонеальная герниопластика с фиксацией сетчатого эндопротеза транспоневротическими швами). В обеих группах идентичными являются следующие показатели: средний возраст обследуемых (50-60 лет), пол (в первой группе 8 мужчин, 37 женщин; во второй – 5 мужчины и 35 женщин). Послеоперационные вентральные грыжи были срединными, размеры грыж: в первой группе 10 больших, 2 гигантских, 33 средних, во второй группе – 8 больших, 2 гигантских, 30 средних размеров. Результаты: Уровень послеоперационной боли у пациентов, перенесших лапароскопическую герниопластику IPOM, оказался существенно ниже в сравнении с первой группой пациентов. Первая группа $5,33 \pm 2,03$, вторая группа $3,12 \pm 1,83$. В первые сутки послеоперационного периода уровень боли одинаков у двух групп, со 2х суток уровень боли ниже у пациентов, перенесших лапароскопическую герниопластику IPOM, к моменту выписки данные пациенты жалоб не предъявляли. После открытой герниопластики сетчатым эндопротезом Sublay у 7 пациентов вскрыты серомы послеоперационного рубца, инфильтрат послеоперационного рубца определялся в 5 случаях. Осложнений после лапароскопической герниопластики IPOM не было получено. Выписка из стационара пациентов первой группы происходила, в среднем, через $7,33 \pm 1,85$ дня с момента операции, второй группы – через $5,22 \pm 1,33$ дня. Заключение: Лечение послеоперационных вентральных грыж с помощью лапароскопической герниопластики IPOM, по сравнению с применением открытой герниопластики сетчатым эндопротезом Sublay, обладает рядом преимуществ: сопровождается меньшим уровнем послеоперационной боли, отсутствием осложнений в послеоперационном периоде, меньшими сроками пребывания в стационаре.

64. РОЛЬ ЛАПАРОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Покровский Е.Ж., Кукушкин А.В., Тарасов А.В., Караштин А.М.,

Иваново

ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ

Актуальность Несмотря на современные достижения хирургии проблема перитонита сохраняет актуальность. Это иллюстрируют средние показатели летальности – 20-30%, достигающие при послеоперационном перитоните 40-50%. Правильное завершение операции при распространенном гнойном перитоните после этапной программируемой санации брюшной полости является одним из основополагающих моментов, позволяющих надеяться на благоприятный исход. Материалы и методы Проведен сравнительный анализ результатов применения традиционного завершения этапной санации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните с явлениями декомпенсированной полиорганной недостаточности и формирования лапаростомии. Оценивалась тяжесть синдрома внутрибрюшной гипертензии, как проявление общего синдрома кишечной недостаточности. С этой целью мы использовали непрямой метод цистоманометрии, в основе которого лежит измерение давления внутри мочевого пузыря. В качестве нормальной величины давления внутри мочевого пузыря у пациентов, находившихся в горизонтальном положении, брали цифры в пределах 5–15 мм вод. ст. В ходе исследования больные случайным методом были разбиты на две группы. Первая – 10 больных с традиционным завершением этапной программируемой санации брюшной полости и вторая (7 человек) – с формированием лапаростомии. Мужчин было 5 человек, женщин – 12. По возрастному составу наблюдался большой разброс от 25 до 73 лет. Больным обеих групп в ходе первого оперативного пособия были определены показания к этапной санации брюшной полости, был устранен источник перитонита и выполнена интубация тонкой кишки. Полученные результаты Интегральные параметры обследуемой группы больных подтверждали тяжесть полиорганной дисфункции. Индекс SOFA в стартовой позиции составлял $11,1 \pm 2,8$ баллов, лейкоцитарный индекс интоксикации находился на уровне $4,6 \pm 2,7$ баллов, индекс брюшной полости превышал 13 баллов. Подтверждением тяжелого поражения брюшной полости служили послеоперационные показатели цистоманометрии: давление внутри мочевого пузыря составляло $32,2 \pm 1,9$ мм вод. ст., что указывало на крайне тяжелую степень выраженности синдрома интраабдоминальной гипертензии. Всем больным в первые 48 часов выполнили этапную санацию брюшной полости. Интраоперационные находки во всех случаях были сопоставимы. В первой группе больных операцию завершили традиционно, при этом динамика цистоманометрических показателей была следующей: первые сутки – $33,2 \pm 1,1$ мм вод. ст; вторые сутки – $31,4 \pm 2,1$ мм вод. ст; пятые сутки – $29,23 \pm 1,4$ мм вод. ст. Во второй группе сформировали лапаростому, что позволило добиться следующих цистоманометрических показателей: первые сутки – $26 \pm 2,4$ мм вод. ст; вторые сутки – $18,4 \pm 2,1$ мм вод. ст; пятые сутки – $18,2 \pm 1,4$ мм вод. ст. Обсуждение Формируемая после этапной программируемой санации брюшной полости лапаростома значительно быстрее и эффективнее снижает внутрибрюшное давление. В первые сутки после повторной операции при лапаростомии цистоманометрические показатели были в 1,3 раза ниже, а к пятым суткам эта разница достигала 1,6 раза. При этом клинически у больных с лапаростомиями быстрее

ликвидировались показатели синдрома кишечной недостаточности, а показатели летальности составляли 42,8% против 70%. Выводы: Формируемая после этапной программируемой санации брюшной полости, у больных распространенным гнойным перитонитом с декомпенсированной полиорганной дисфункцией, лапаростома в 1,6 раза эффективнее снижает внутрибрюшное давление, что в конечном итоге способствует ликвидации синдрома кишечной недостаточности. Рекомендации У тяжелой группы больных с распространенным гнойным перитонитом при выполнении этапной санации брюшной полости лапаростомия должна рассматриваться как вариант завершения операции.

65. СТЕНТИРОВАНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Покровский Е.Ж., Станкевич А.М., Балагуров Б.А.

Иваново

ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ

Актуальность. Лечение больных механической желтухой в любом возрасте всегда представляло определенную сложность. У пациентов пожилого и старческого возраста, обремененных тяжелой сопутствующей патологией, ситуация порой становилась критической. Внедрение в хирургическую практику малоинвазивных технологий позволяет у этой группы больных снять остроту проблемы и значительно улучшить качество жизни. Одним из таких методов является ретроградное эндоскопическое стентирование при дистальном блоке желчевыводящих путей. Результаты и опыт его применения представляют определенный научный и практический интерес. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 9 больных пожилого и старческого возраста, поступивших в хирургическое отделение городской клинической больницы г. Иванова с клиникой механической желтухи. В ходе предварительного обследования установлен дистальный блок желчевыводящих путей, причиной которого явилось поражение головки поджелудочной железы. Тяжесть состояния больных не позволяла надеяться на благоприятный исход оперативного лечения, в ходе которого должен быть установлен окончательный диагноз. Убедительных данных за опухолевое поражение не было выявлено. Возраст больных 74±6 лет. Женщин 5 человек, мужчин – 4. При поступлении у всех отмечались явления механической желтухи с показателями прямого билирубина 201±32 мкмоль/л, щелочной фосфатазы – 211±102 МЕ/л, субфебрилитет с ознобами (33,3%). Перед проведением РПХГ был подготовлен билиарный саморасширяющийся нитиноловый стент Nitinella Plus с эндоскопической системой доставки диаметром 8 мм, различной длины. После имплантации стента оценена динамика регресса желтухи, развитие осложнений и общее состояние. Полученные результаты. После проведения процедуры установки билиарного стента у всех больных отмечено снижение показателей общего и прямого билирубина. Однако динамика этого снижения носила

различный характер. У 3 пациентов (33,3%) к пятому дню показатели общего и прямого билирубина приближались к нормальным цифрам. Четыре пациента (44,4%) около 10 дней сохраняли повышенные цифры непрямого билирубина, при тенденции снижения прямого. У остальных больных (22,3%) показатели прямого и непрямого билирубина снижались равномерно. Необходимо отметить, что у всех больных перед выпиской сохранялся повышенный уровень щелочной фосфатазы (193 ± 22 МЕ/л). Практически у половины пациентов (4 человека – 44,4%) в первые дни после проведения процедуры было зарегистрировано повышение амилазы крови (311 ± 114 Ед/л), что можно расценивать как проявления панкреатита. Все пациенты получали профилактику острого панкреатита, в связи, с чем клинически значимых осложнений не было. Общее состояние больных, которое оценивали по показателям гемодинамики, дыхания, прогрессированию тяжелой сопутствующей патологии, после процедуры не ухудшалось. Хотя и явного улучшения отметить нельзя. Обсуждение Проведение малоинвазивной процедуры – ретроградной эндоскопической установки билиарного стента позволяет у группы тяжелых неоперабельных больных добиться ликвидации синдрома желтухи. При этом прогрессирование основного заболевания, возникновения осложнений не наблюдалось. Отсутствие наружного дренажа с желчеистечением создает достаточный комфорт жизни больному. В послеоперационном периоде необходимо проводить, кроме профилактики панкреатита, лечение холестатического гепатита, которое целесообразно продолжить амбулаторно. Выводы Ретроградное эндоскопическое стентирование холедоха является эффективным методом ликвидации синдрома желтухи у тяжелых неоперабельных больных. Рекомендации Стентирование холедоха может рассматриваться как альтернативный паллиативный метод лечения больных с дистальным блоком желчевыводящих путей и тяжелой сопутствующей патологией.

66. ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Покровский Е.Ж., Кукушкин А.В., Тарасов А.В., Караштин А.М,

Иваново

ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ

Актуальность Несмотря на широкое внедрение Российским обществом хирургов клинических рекомендаций по лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений и снижению, в этой связи, послеоперационной и общей летальности, остается не решенной проблема продолжающегося или рецидивирующего язвенного кровотечения у пациентов в тяжелом состоянии, обусловленным возрастом и сопутствующей патологией. Как правило эти те больные, которые изначально не попадают в группу неоперабельных и агонирующих. Особую остроту проблема приобретает в условиях хирургического отделения обычной городской

больницы. Материалы и методы Проведен анализ результатов лечения всех больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями находившихся в хирургическом отделении городской клинической больницы г. Иванова с 2006 по 2016 годы. Выделена группа пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. Критериями включения в эту группу были признаки декомпенсации сердечно-сосудистой, дыхательной систем, тяжелые проявления печеночно-почечной недостаточности. Критерии исключения: острый период нарушения мозгового кровообращения и инфаркта миокарда, раковая интоксикация, агония. С 2006 года всего пролечено 418 больных с язвенными кровотечениями. Анализируемая группа тяжелых пациентов составила 52 человека (38 мужчин и 14 женщин). Возраст больных 68 ± 7 лет. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения по схеме «выжил-умер» в зависимости от хирургической тактики. Полученные результаты С 2006 года до настоящего времени отмечена тенденция роста заболеваемости язвенными гастродуоденальными кровотечениями. За десять лет наблюдается трехкратный прирост. При этом хирургическая тактика от активно-выжидательной и активной двигалась в сторону комбинированного гемостаза. Это позволило снизить хирургическую активность с 45% до 14%. Правильность такого подхода подтверждается снижением общей летальности с 13,3% до 3,3%. Однако если рассмотреть послеоперационную летальность, то она за анализируемые годы остается достаточно стабильной и составляет $19,3 \pm 6,1\%$. Анализ этих неблагоприятных исходов позволил заметить, что формирует их группа пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. Учитывая это нами был проведен ретроспективный анализ лечения этой тяжелой группы больных: 16 пациентов (30%) было оперировано при рецидиве кровотечения, остальные 36 (70%) велись консервативно, при этом только 8 (15,4%) больным удалось выполнить повторный эндоскопический гемостаз. В основе консервативной терапии лежало применение ингибиторов протонной помпы, эритроцитной массы, свежезамороженной плазмы и гемостатических препаратов. Обсуждение Анализируя результаты лечения возрастных больных с тяжелой сопутствующей патологией, мы получили следующие результаты: из 16 оперированных больных умерло 12 (летальность 75%), а из 36 не оперированных – 11 (летальность 31%). Предварительный анализ замеченной особенности ведения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями у изначально тяжелой группы больных наталкивает на мысль, что ключом к решению проблемы их выживания является активная консервативная терапия даже при рецидиве кровотечения. Безусловно современные методы остановки гемостаза, такие как комбинированный эндоскопический гемостаз, эмболизация кровоточащего сосуда должны улучшить результаты лечения. Но даже при их отсутствии в условиях обычного хирургического отделения активная консервативная терапия дает лучшие результаты, чем оперативное пособие. Необходимо подчеркнуть, что проблема требует более глубокого изучения. Выводы Летальность у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и декомпенсацией сердечно-сосудистой, дыхательной систем, тяжелыми проявлениями печеночно-почечной недостаточности при рецидиве кровотечения и продолжающейся консервативной терапии в 2,5 раза меньше, чем при оперативном лечении. Рекомендации Решение проблемы гастродуоденальных язвенных кровотечений у больных с тяжелой сопутствующей патологией должно лежать в плоскости комбинированной консервативной терапии.

67.ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМАХ ПОЧКИ.

Филимонов В.Б.1,2, Васин Р.В.1,2

Рязань

Кафедра урологии, онкологии и радиологии ФПК МР Медицинского института РУДН ,
г. Москва (1). Кафедра хирургии и акушерства-гинекологии ФДПО ФГБОУ ВО РязГМУ
Минздрава России

Актуальность. Повреждения почек составляют 14,8% среди всех закрытых травм внутренних органов [Казихинуров А.А., 2001; Урман М.Г., 1992]. Выполнение большого количества нефрэктомий при травмах почек дало толчок к изучению вопроса о том, как сохранить этот важный орган [Девятое А.С., 1992; Шаплыгин Л.В., 2002]. Ключевым моментом органосохраняющих операций при повреждении почки является надежная остановка интенсивного диффузного кровотечения из паренхимы органа. С целью гемостаза используются различные варианты гемостатических швов, как изолированно, так и в сочетании с другими методиками, что говорит об отсутствии универсальной методики. Поэтому актуальной проблемой при операциях на почке является обеспечение надежного гемостаза [Айвазян А.В. 1982; Breda A., Stepanian S.V., 2007; Msezane L.P., Katz M.H., 2008; Johnston W.K., Montgomery J.S., 2005]. Цель исследования - улучшить результаты операций при травматических повреждениях почки путем разработки способа ушивания раны почки. Материалы и методы. Разработан способ зашивания паренхиматозного органа (патент РФ №2606181, заявка на изобретение №2015146549 от 28.10.2015, опуб. 10.01.2017). С 2014 г. по 2016 г. обследованы и прооперированы по разработанному способу 15 пациентов с травмой почки IV-V стадии (по классификации повреждений почки по степени тяжести, разработанной Американской ассоциацией хирургической травмы (ААХТ)). Средний возраст пациентов составил $39,5 \pm 6,7$ лет, при этом женщин было 4 (26,7%), мужчин 11 (73,3%). Степень повреждения почки определялась с помощью эхографии почек и рентгеновской компьютерной томографии с контрастированием. Показаниями к оперативному лечению были: нестабильная гемодинамика, наличие экстравазации контрастного вещества, травмы почки IV или V степени тяжести (по классификации ААХТ). Доступ к поврежденной почке осуществлялся с обязательным входением в брюшную полость и первоочередным выделением почечной сосудистой ножки и взятием ее на лигатуры или пережатием, и только затем производилась ревизия почки и ушивание ее раны с использованием полипропиленовой сетки. Результаты и обсуждения. Отдаленные результаты оперативного вмешательства были прослежены у больных в сроки от ? г до 3 лет. Среди оперированных пациентов в 5 случаях выполнена резекция травмированного участка почки с ушиванием раны по разработанному способу и в 10 случаях только ушивание почечной раны. Средняя длительность операций составила – $76,7 \pm 10,2$ мин., при этом средняя длительность ишемии почки – $14,2 \pm 7,5$ мин. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было встречено. Результаты оперативного лечения ПГ спустя 6 месяцев были оценены как хорошие - восстановление функции поврежденной почки. Выводы. Разработанный и внедренный в клиническую практику способ зашивания паренхиматозного органа позволил сохранить поврежденную почку с сохранением ее функции.

68. КРИТЕРИИ ОТБОРА БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ IPOM ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Ромашенко П.Н., Курьгин Ал.А., Семенов В.В.

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова
Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова

Высокая частота встречаемости грыж передней брюшной стенки (40-50 на 10000 населения) сохраняет актуальность данной тематики в хирургической практике многопрофильных стационаров, а внедрение малоинвазивных методик в герниологию обуславливает поиск и обоснование критериев отбора пациентов на IPOM пластику. За 2014-2017 гг. в клинике пролечено 1095 больных вентральными грыжами, среди которых 71% составили паховые, 19% послеоперационные и 10% первичные вентральные грыжи. При этом доля эндоскопических операций за 3 года значительно возросла и составила 43,6%, что соответствует мировым тенденциям и рекомендациям Европейского герниологического общества (EHS). Ретроспективная оценка результатов исследования свидетельствует, что лапароскопическая IPOM герниопластика снижает риск местных ранних послеоперационных осложнений таких, как серомы и нагноение раны более чем втрое, особенно у группы больных с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²) и страдающих сахарным диабетом. Это связано с особенностями техники вмешательства и отсутствием контакта сетки с подкожной жировой клетчаткой в отличие от пластики onlay. Установлено, что при диаметре грыжевых ворот до 10 см риски рецидива заболевания минимальны. В нашем исследовании при оценке отдаленных результатов, рецидива вентральной грыжи выявлено не было, а по данным литературы этот показатель соответствует 0,4%. Размеры грыжевых ворот более 10 см приводят к дегенеративным изменениям мышечного каркаса. Поэтому у данной категории больных целесообразно применение сепарационных методик оперирования. Учитывая особенности выполнения IPOM пластики при помощи эндовидеохирургических технологий, эта методика позволяет выполнять симультанные оперативные вмешательства при наличии сочетанного хирургического заболевания. Также стоит отметить, что в условиях современного здравоохранения социально-экономические аспекты имеют особое значение, а быстрое восстановление пациента и возвращение его трудоспособности является немаловажным. Средний послеоперационный койко-день у эндоскопически оперированных больных составил $3,3 \pm 0,3$. В группе больных после открытой герниопластики аналогичный показатель был значительно больше – $8,9 \pm 0,3$ (при $p < 0,05$). В этом смысле лапароскопическая герниопластика также имеет преференции перед открытым вмешательством. Все пациенты находились под наблюдением на протяжении не менее 3-х месяцев. Осложнений позднего послеоперационного периода не было. Проведенный анализ позволил сформулировать критерии отбора пациентов для лапароскопической IPOM герниопластики: ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²), при отсутствии анестезиологических противопоказаний; сахарный диабет; размеры грыжевых ворот до 10 см (малые и средние грыжи по классификации EHS); наличие сочетанной хирургической патологии органов брюшной полости; трудоспособный возраст пациента. Таким образом, полученные результаты при соблюдении критериев отбора свидетельствуют о явных положительных сторонах лапароскопической герниопластики по

методике IPOM: болевой синдром по шкале ВАШ до 4 баллов; активизация больных в день операции; короткий послеоперационный койко-день и хороший косметический результат.

69. ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ АНЕСТЕЗИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Мурадов Н.Ф., Гасанов Ф.Д., Намазова К.Н., Аскерова Г.А.

Баку Азербайджанская Республика

Начный Центр Хирургии им.М.А.Топчубашова

Введение. Увеличение объема и продолжительности оперативных вмешательств на органах брюшной полости диктует необходимость более тщательной оценки адекватности анестезии, чтобы аргументированно управлять наркозом. Цель настоящего исследования - определение значения биспектрального индекса электроэнцефалограммы (BIS) в оценке адекватности анестезии при объемных хирургических вмешательствах на органах брюшной полости. Материал и методы. Исследования проводились у 48 больных в возрасте 45-74 лет, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости. У 5 больных была выполнена панкреатодуоденальная резекция, у 6-резекция пищевода с наложением эзафагогастро анастомоза, у 17-тотальная гастрэктомия с наложением эзафагоэюно анастомоза, у 20-субтотальная или тотальная колэктомия с наложением межкишечных анастомозов. Продолжительность операций составляла 4-8 часов. У всех больных проводилась комбинированная эндотрахеальная анестезия. У 16 из них последняя дополнялась эпидуральным компонентом. Адекватность анестезии оценивалась путем постоянного BIS мониторинга, динамическим наблюдением параметров центрального (ЭКГ, УО, МОК, СИ) и периферического (АВ, ЧСС, SpO₂) кровообращения, по этапным определением уровня кортизола, АКТГ, пролактина и сахара в венозной крови, а также изучением газового состава и показателей кислотно щелочного состояния (КЩС) в артериальной крови. Результаты и их обсуждение. До индукции (после премедикации) значения BIS были в пределах 90-80%. Во время индукции его значения быстро снижались до 65-60%. В этом этапе анестезии коррелятивная связь между значениями BIS и другими параметрами адекватности анестезии не прослеживалась. Очевидно, это связано с различными факторами, влияющими на параметры кровообращения, уровня гормонов в крови и на показатели КЩС. Во время основного наркоза значение BIS на длительное время стабилизировалось в пределах 50-45%, отражало коррекцию глубины анестезии наркотическими анагетиками и изофлураном и четко коррелировало с другими параметрами адекватности анестезии. Несколько иные данные получены у больных с дополнительным эпидуральным компонентом анестезии. В этой группе больных коррелятивная связь между значением BIS и другими параметрами адекватности анестезии была слабая. Очевидно, это связано с тем, что эпидуральная анестезия имея выраженное воздействие на показатели центрального и периферического кровообращения и гормонального статуса организма не имеет

гипнотического эффекта, а BIS мониторинг регистрирует уровень гипнотического состояния центральной нервной системы. Выводы. Применение BIS мониторинга значительно дополняет параметры оценки адекватности анестезии в абдоминальной хирургии. Имеющаяся коррелятивная связь между значениями BIS и другими параметрами открывает путь к его широкому применению как надежного метода оценки адекватности анестезии.

70.МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ GIST ЖЕЛУДКА.

Эктов В.Н.(1), Музальков В.А.(2), Донченко В.К.(2), Чернышова Н.В.(2), Гриднев А.А(2)..

Воронеж

- 1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко,
- 2) Воронежская областная клиническая больница №1

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST) относят к группе редких опухолей желудочно-кишечного тракта. На базе БУЗ ВО «ВОКБ №1» в период с 2012 года по 2016 год было прооперировано 42 пациента с GIST желудка (20 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 30 до 79 лет. В связи с большими размерами опухоли и распроострананностью процесса, четверым больным выполнены «открытые» субтотальные резекции желудка, одному гастрэктомия с удалением сальников, частичной лимфодиссекцией. 38 пациентов, оперированы малоинвазивными способами. В большинстве случаев GIST локализовалась в теле и антральном отделе желудка. В 6 случаях опухоль находилась в кардиальной части и дне желудка. Для подтверждения GIST, нами использовался весь арсенал исследований, включенный в диагностический алгоритм. Особое значение придаем эндоскопическому УЗИ. Используем видеоэзоэндоскопы Fujinon с радиальным и конвексным электронными датчиками. Исследование позволяет определить точные размеры опухоли, взаимоотношение опухоли со слоями стенки желудка, изменения в прилегающих тканях и лимфатических узлах. На основе полученных данных, производим дооперационное, предварительное определение стадии заболевания, что позволяет выбрать способ оперативного лечения. В случае возможности удаления опухоли, дооперационная биопсия из-за высокого риска диссеминации клеток не производилась. В зависимости от размеров опухоли мы используем различные способы оперативного вмешательства. Эндоскопическая подслизистая резекция и энуклеация опухолей размером до 1см с лечебно-диагностической целью, выполнена у 4 больных с «удобным» расположением опухоли в дистальной части желудка. Опухоли размерами 3-5 см, как правило, имеющие низкий риск прогрессирования и обычно являющиеся доброкачественными, удаляем лапароскопическим способом. При локализации опухоли на передней стенке желудка производим лапароскопическую секторальную резекцию желудка в пределах неизмененных тканей. Дефект стенки желудка ушиваем ручным эндоскопическим швом или с помощью сшивающих аппаратов. При локализации GIST на задней стенке, опухоль удаляем трансгастрально с помощью эндоскопических сшивающих

аппаратов. Следует отметить, что с целью точного определения локализации опухоли используем гибридное вмешательство, применяя интраоперационную ФГДС. У 11 больных GIST желудка были размерами от 5 до 10 см, которые относятся к среднему и высокому риску рецидива. Пациентам произведены лапароскопически-ассистированные дистальные резекции желудка с наложением желудочно-кишечного анастомоза по Ру и резекцией сальника. Всем пациентам проводилось интраоперационное экспресс-гистологическое исследование ткани опухоли и линий резекции стенки желудка. Плановое иммуногистохимическое исследование ткани опухоли с выявлением ее митотической активности позволяет прогнозировать развитие заболевания и определить показание к адьювантной терапии. Хирургическое лечение во всех случаях проведено радикально. Значимых послеоперационных осложнений не было. Таким образом, детальная предоперационная диагностика GIST желудка с использованием эндоскопического УЗИ, применение гибридных технологий дает возможность выбрать оптимальный вариант оперативного лечения, обеспечивающего радикальный объём вмешательства. Применение различных способов малоинвазивных технологий, в зависимости от стадии заболевания, позволяет избежать излишней операционной травмы, свести до минимума послеоперационные осложнения.

71. РЕЗЕКЦИЯ УЧАСТКА КИШКИ В ИНФИЦИРОВАННОЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ. КАК ЗАВЕРШИТЬ ОПЕРАЦИЮ?

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

Тюмень

- 1) ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России
- 2) ГБУЗ ТО ОКБ №2
- 3) Тюменский Научный Центр СО РАН

Актуальность. Оперативные вмешательства у детей часто требуют неотложной резекции участка кишки, несостоятельность швов при которой достигает 60%, и не имеет тенденции к снижению, что оставляет открытым вопрос о тактике хирурга в различных экстренных ситуациях. Предлагается, как совершенствовать технику наложения анастомоза, так и отказаться от его использования, заканчивая операцию выведением терминальных энтеро и (или) колостом. Правильные оценка состояния больного могут помочь прогнозировать тяжесть послеоперационного периода и выбрать правильное окончание оперативного пособия. Цель работы. Улучшить результаты лечения детей, требующих резекции участка кишки в условиях инфицированной брюшной полости. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 84 детей (мальчики – 63,1%, девочки – 36,9%) перенесших экстренную резекцию участка кишки в условиях инфицированной брюшной полости. До 1 года было 46 (54,8%), от 1 года до 3 лет - 8 (12,3%), от 3 до 5 лет - 4 (4,8%), от 5 до 10 лет - 8 (9,5%),

старше 10 лет - 18 детей (21,4%). Причинами перитонита явились: инвагинация кишки с некрозом - у 38 (45,2%), деструктивные формы дивертикулита у 13 (15,5%), аппендицита у 10 (11,9%), спаечная кишечная непроходимость с некрозом кишки у 8 (9,5%), травма с повреждением тонкой кишки у 5 (6%), ущемленная паховая грыжа у 3 (3,6%), тромбоз мезентериальных сосудов у 3 (3,6%), заворот кишечника у 2 (2,4%), неспецифический язвенный колит у 1 (1,2%), обтурационная кишечная непроходимость у 1 (1,2%) ребенка. В связи с разным подходом к выбору хирургической тактики все дети были разделены на 2 группы. Первую составили 53 ребенка, которым после выполнения неотложной резекции участка кишки продолжение и окончание операции основывалось на личном опыте хирурга. Вторая группа – 31 больной, действия хирурга определялась визуально-аналоговой экспресс-картой основанной на распространенности перитонита, уровне, протяженности и визуальных изменения кишки, наличия сочетанных пороков развития и сопутствующих заболеваний. Факторы оценивались в баллах. В связи с количеством полученных после оценки баллов пациенты выделены в 3 группы по тяжести интраоперационного состояния: относительно благоприятное интраоперационное состояние (интраоперационный коэффициент - I), тяжелое состояние (интраоперационный коэффициент – II), критическое состояние (интраоперационный коэффициент – III). Результаты и обсуждение. Дети I группы оценены по экспресс карте ретроспективно. Относительно благоприятное интраоперационное состояние отмечено у 22, тяжелое у 28, критическое у 3 детей. Межкишечный анастомоз формировали у пациентов с интраоперационным коэффициентом I и II. У больных с интраоперационным коэффициентом I осложнений со стороны анастомоза не отмечено. Несостоятельность кишечных швов зафиксирована у 12 (49,2%) пациентов с интраоперационным коэффициентом II. Все дети оперированы повторно. У детей II группы, оперированных с учетом интраоперационных изменений, коэффициент I отмечен у 12, коэффициент II у 18, коэффициент III у 1 ребенка. Анастомоз формировали лишь при относительно благоприятном интраоперационном состоянии, осложнений со стороны анастомоза не отмечено. Выводы. При резекции участка кишки в условиях перитонита заканчивать операцию анастомозом целесообразно у больных с интраоперационным коэффициентом I при относительно благоприятном общем соматическом состоянии. Формирование межкишечного анастомоза у пациентов с интраоперационным коэффициентом II сопровождается высоким риском его несостоятельности, поэтому анастомоз возможно формировать лишь в сочетании с разгрузочной кишечной стомой.

72.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ КРОВОТОЧАЩИХ ГИГАНТСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГОВОЗРАСТА.

Калантаенко В.Ю.

Реутов

ГАУЗ МО Центральная городская клиническая больница г.Реутов

Актуальность: Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями продолжает оставаться актуальной проблемой urgentной абдоминальной хирургии. В настоящее время оказание неотложной медицинской помощи таким больным немислимо без применения малоинвазивных эндоскопических технологий. Современная эндоскопия обладает широким арсеналом способов гемостаза, не только конкурирующих по доступности, безопасности и эффективности с традиционной хирургией, но и превосходящих последние по несопоставимо меньшим травматичности и стоимости. Особую проблему представляет собой лечение больных пожилого и старческого возраста с язвенными кровотечениями, сочетающимися с тяжёлой сопутствующей патологией. Цель исследования: Оценить возможности эндоскопических методов в диагностике и лечении кровоточащих гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у лиц пожилого и старческого возраста. Материалы и методы: За период 2011-2016 гг. проведён анализ историй болезни 36 больных пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами (более 3 см для желудка и 2 см для ДПК) желудка и ДПК, осложнённых кровотечением, находившихся на лечении в отделении хирургии ЦГБ. Возраст больных от 60 до 89 лет. Средний возраст составил $65,3 \pm 3,1$ лет. Мужчин 19 (52,8%), женщин – 17 (47,2%). Язвы желудка диагностированы в 19 (52,8%) случаях; ДПК - в 17 (47,2%). Результаты и их обсуждение: Всем больным при поступлении проводилась экстренная фиброгастродуоденоскопия, определялся источник кровотечения, при продолжающемся кровотечении проводилась его эндоскопическая остановка и оценка риска рецидива кровотечения. В соответствии с классификацией Forrest, больные разделены на 3 группы: 1 - больные с активным кровотечением. (F1a,b); 2 - больные с признаками недавнего кровотечения F2a,b,c; 3 - больные с эндоскопическими признаками стабильного гемостаза. 1 группа: 8 (22,2%) пациентов. Всем больным этой группы выполнялся эндоскопический гемостаз (ЭГ). В зависимости от источника кровотечения, его интенсивности выбирался тот или иной способ ЭГ: аппликационный гемостаз, инфильтрационный гемостаз, электрокоагуляция. 2 группа: 18 больных (50%). У больных этой группы, с высоким риском развития кровотечения F2a,b, так же выполнялся ЭГ. 3 группа: 10 (27,8%) больных, которым ЭГ не проводился. В 1 группе результаты проведения гемостаза были следующими: у 3 пациентов достигнут устойчивый гемостаз; у 2 пациентов диагностировано активное кровотечение, попытки гемостаза безуспешны, у 3 пациентов после эндоскопического гемостаза, возник рецидив кровотечения. В этой группе оперированы 5 больных (не остановленное кровотечение и рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза): у 4 больных выполнена резекция желудка по Бильрот-2 (Б-2), у 1 – иссечение язвы, пилоропластика, СПВ. Умерла 1 больная после резекции желудка на высоте кровотечения. Во 2 группе: у 12 пациентов после проведения ЭГ достигнут стабильный гемостаз F3, у 4 пациентов возник рецидив кровотечения, больные оперированы - выполнены гастрэктомия, субтотальная резекция желудка по Б-2, гастродуоденотомия, прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой,

иссечение язв желудка; у 2 больных ЭГ выполнялся неоднократно, при контрольных гастроскопиях сохранялись признаки нестабильного гемостаза: 1 больной оперирован – выполнена резекция желудка по Б-2, больной умер; у другого – достигнут стабильный гемостаз после 3 ЭГ. Таким образом, в 72,2% наблюдений ЭГ при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённых кровотечением, оказался эффективен. У 2 пациентов операции выполнены в экстренном порядке в виду неэффективности ЭГ. В 22,2% случаев ЭГ не явился окончательным, но дал возможность провести адекватную предоперационную подготовку, что особенно актуально у рассматриваемой категории пациентов. Летальность составила 5,6%.

73. НАШ ОПЫТ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИХ ЯТРОГЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Леменев В.Л., Михайлов И.П., Исаев Г.А.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Введение. Интраоперационные ятрогенные повреждения сосудов являются серьезным осложнением. Эти виды ятрогенных повреждений возникают при проведении традиционных (открытых) хирургических вмешательств, эндоваскулярных процедур и при лапароскопии. При отсутствии надлежащего своевременного лечения такие повреждения могут стать причиной серьезного вреда здоровью и даже летального исхода. Материалы и методы: В отделении неотложной сосудистой хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период с 2004 по 2014г.г. были оперированы 3 пациентов с травмой подвздошных артерий при лапароскопических операциях, одна операция выполнялась на выезде в областной больнице. Из них 1 мужчина и 3 женщины в возрасте от 14 до 74 лет. В одном случае при выезде в областную больницу, где при лапароскопической аппендэктомии была повреждена правая наружная подвздошная артерия, выполнено ушивание дефекта артерии. В трех других наблюдениях при выявлении травмы сосуда, остановка кровотечения и попытка ушивания артерии осуществлялась общими хирургами или урологом, после чего в раннем послеоперационном периоде развилась острая ишемия конечности, что потребовало перевода в специализированное ангиохирургическое отделение. У 2 пациентов в области шва имелся стеноз 90%, у одной пациентки артерия была ушита полностью, что потребовало во всех случаях выполнения резекции сосудов в пределах здоровых тканей и протезирования. При ревизии было выявлено, что попытка ушивания поврежденных сосудов общими хирургами осуществлялась викрилом. На момент поступления пациентов в институт, у всех больных была острая ишемия нижних конечностей 2А-2Б ст. После восстановления кровотока в двух случаях развился реперфузионный синдром, в связи с чем в послеоперационном периоде больным проводились активные методы детоксикации (плазмаферез). В нашем

наблюдении у троих больных выполнено протезирование подвздошных артерий. В одном случае – шов артерии. Также в одном случае помимо протезирования, пришлось выполнить тромбэктомию из бедренной, подколенной артерий и фасциотомию передней группы мышц голени в связи с развитием выраженного постишемического отека голени. Выводы. 1. При диагностировании ятрогенного повреждения крупного сосуда при лапароскопической манипуляции необходима конверсия (выполнить либо срединную лапаротомию, либо при повреждении наружной подвздошной артерии – внебрюшинный доступ). 2. В случае повреждения подвздошных сосудов или аорты необходимо тесное взаимодействие общего хирурга (гинеколога, уролога) с ангиохирургом, что значительно повышает шансы на благоприятный исход. Не следует пытаться восстановить целостность сосуда при отсутствии соответствующих навыков. Необходимо осуществить остановку кровотечения и вызвать выездную ангиохирургическую бригаду или как можно быстрее перевести больного в сосудистое отделение. 3. В операционной каждого стационара должны быть 2-3 сосудистых зажима, чтобы имелась возможность остановить кровотечение при повреждении магистрального сосуда.

74. ТАКТИКА ЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Костырной А.В., Поленок П.В.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И.Георгиевского

Актуальность: Учитывая рост заболеваемости экстренной абдоминальной патологией, осложняющейся развитием распространённого перитонита и сепсиса, требующего многократной санации брюшной полости и невозможности ликвидации одномоментно источника перитонита применение, стратегии damage control в современных условиях становится альтернативой традиционных подходов и является актуальной. Материалы и методы: Клинический раздел работы основан на анализе и результатах хирургического лечения 43 пациентов с различной экстренной абдоминальной патологией. Damage control surgery - заключающаяся в выполнении экстренных операций сокращенного объема с последующим переводом пострадавшего в отделение реанимации для коррекции дисфункциональных нарушений. Большинство летальных случаев было связано с такими осложнениями как респираторный дистресс-синдром, абдоминальный компартмент-синдром и полиорганная недостаточность, несмотря на адекватную хирургическую санацию первичного очага и коррекцию гемодинамических и дыхательных расстройств. Следовательно классические принципы трехэтапного подхода к лечению пациентов с тяжелыми интраабдоминальными повреждениями, по нашему убеждению, могут быть перенесены для лечения распространённого фибринозно-гнойного или анаэробного

перитонита, сегментарного прогрессирующего некроза кишки при тромбозе в системе *a. mesenterica superior*, ущемлённой грыже, острой кишечной непроходимости, инфицированного панкреонекроза. Результаты и их обсуждения: Концепция *damage control* при острой хирургической патологии органов брюшной полости: 1. Немедленная лапаротомия; 2. Ликвидация источника контаминации брюшной полости; 3. Временное закрытие брюшной полости без натяжения. В ходе освоения методики были разработаны 2 шкалы: первая - для оценки тяжести состояния пациента и прогнозирования оперативного риска на основе физиологических показателей, вторая – для обоснованности ведения конкретного пациента в режиме *damage control*. Оценка тяжести состояния пациента была нами адаптирована к реальным возможностям хирургического стационара. Учитывается: возраст пациента, артериальное давление (мм рт. ст), частота сердечных сокращений (уд\мин), Hb (гемоглобин) г\л, К (ммоль\л), Na (ммоль\л), мочевины (ммоль\л), лейкоциты, ЭКГ (наличие аритмии, экстрасистолии, волн Q или изменений ST), состояние сердечно-сосудистой (в зависимости от клиники, уровня ЦВД, класса используемых пациентом антиангинальных и антигипертензивных средств) и дыхательной систем (степень одышки и ХОЗЛ), температура и рН. Все параметры оценивались в баллах (от 1 до 4 в зависимости от степени отклонения от нормы): 1-10 – компенсированный статус (прогноз для жизни благоприятный) 11-29 – субкомпенсированный статус (пограничное состояние) 30-44 – декомпенсированный статус (прогноз для жизни неблагоприятный) Для обоснованности ведения в режиме *damage control* разработана балльная шкала (каждый критерий оценивался от 1 до 4 баллов) патологии пациента: < 8 баллов – нет показаний для *damage control*, 9-14 баллов – прямые показания для *damage control*. Полученные результаты: стратегия *damage control* была использована при лечении 43 пациентов с острой абдоминальной патологией в состоянии суб- и декомпенсации. По данным литературы среднестатистическая летальность данных заболеваний прогнозировалась выше 40%. У 34 пациентов выполнена ликвидация источника перитонита, резекция нежизнеспособной кишечной трубки без восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта. При этом культя петель кишечника заглушены по стандартной методике с последующей назоинтестинальной интубацией проксимального отдела кишечника по Житнюку. Кроме этого при мезентериальном тромбозе произведена тромбэктомия в системе *art. mesenterica superior* с последующей установкой канюли для проведения тромболитической терапии. У 9-и больных в силу отсутствия объективных критериев жизнеспособности кишки резекция кишечника не производилась (сомнительный сегмент кишечной трубки выделялся двумя лигатурами и погружался в брюшную полость до следующего этапа операции). Следует отметить, что даже такая минимальная по объему и непродолжительная по времени операция была непереносима в 3-х случаях. Больные умерли через 4, 7 и 8 часов. Передняя брюшная стенка ушивалась спиралевидным швом с захватом только кожного слоя по принятой в клинике методике с учетом и коррекцией внутрибрюшного давления, у другой группы применялась собственная лапаростомическая конструкция и система отрицательного давления. После стабилизации гемодинамики больные были повторно оперированы через 12-36 часов с восстановительным объемом вмешательства. Выводы: Стратегия этапного хирургического лечения (*damage control surgery*) позволяет снизить после операционную летальность до 35%. Практические рекомендации: 1. Стратегия этапного хирургического лечения предполагает минимальный по травматичности и непродолжительной по времени объём первого вмешательства, без заключительного этапа завершения операции. 2. Стратегия этапного хирургического лечения может быть

альтернативой стандартным тактико-техническим приемам, применяемым в критических ситуациях абдоминальной хирургии.

75.АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

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

Новосибирск

ФГБОУ ВО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность. Острый панкреатит является одной из сложных проблем современной медицины. В течение нескольких лет он в различных регионах стабильно занимает одно из ведущих мест в структуре urgentных хирургических заболеваний (Афанасьев В.В., 2005). По темпам роста острый панкреатит опережает все другие неотложные заболевания органов брюшной полости (Черданцев Д.В. и соавт., 2002). Отличительной особенностью острого панкреатита является быстрый переход воспаления с локального на системный уровень (Первова О.В., 2006). На фоне увеличения числа больных острым панкреатитом, прослеживается тенденция к возрастанию доли деструктивных форм (Борисов А.Е., 2000). Стабильно высокий уровень летальности при остром панкреатите обусловлен сложным, многоуровневым патогенезом заболевания (Фрейдлин И.С., 2001). Общая летальность при остром панкреатите на протяжении последних 10 лет колеблется, в зависимости от удельного веса деструктивных форм заболевания, в пределах 3 - 6% (Таганович Д.А., 2007). Летальность при тяжелых формах острого панкреатита сохраняется в пределах 20 - 45% (Толстой А.Д., 1997; Ермолов А.С. и соавт., 2001; Beger H.G., et al., 1997; Gullo L., et al., 2002). Поэтому, неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом, особенно его деструктивными формами, определяют актуальность данной проблемы. Материал и методы. Материалами являлись данные историй болезни и протоколы патологоанатомических аутопсий 39 умерших от острого панкреатита пациентов в крупных многопрофильных стационарах г. Новосибирска за период 2016г. Из них женщин было – 17 человек, мужчин – 22 человека. Возраст умерших составил от 43 до 89 лет. Результаты оценивали с помощью статистического метода. Полученные результаты. Установлено, что, за указанный период, из всего числа умерших, давность заболевания составила 70,84 часов, причём наиболее часто развитие заболевания пациенты связывали с приёмом алкоголя (46,15%) и алиментарной погрешностью (30,76%). При поступлении, учитывая тяжесть состояния, 32 пациента (82,05%) были госпитализированы в отделение реанимации, 7 человек (17,94%) в хирургическое отделение. При этом, у всех была сопутствующая терапевтическая патология (сердечно-сосудистые заболевания – 61,53%, сахарный диабет – 15,38%). В 79,48% летальный исход наступил спустя 3-е суток, в 20,51% до 3-х суток. У 35 человек (89,74%) было выполнено оперативное лечение, у 4 (10,25%) – консервативное лечение. В структуре патологоанатомического диагноза основным заболеванием в 100% был панкреонекроз, при этом, основным его видом был жировой

(48,25%), и геморрагический (37,75%), по распространённости в 46,15% тотальный. Среди осложнений основного заболевания, у всех умерших до 3-х суток был панкреатогенный шок, у умерших после 3-х суток наиболее частыми были парапанкреатит, флегмоны забрюшинного пространства и перитонит. Выводы и рекомендации. 1. Средняя давность заболевания острым панкреатитом составила 70,84 часов, причём почти в половине случаев его развитие пациенты связывали с приёмом алкоголя. 2. Большинство умерших пациентов при поступлении имели тяжёлую степень острого панкреатита. 3. Летальность в первые 3 суток обусловлена панкреатогенным шоком, а после 3-х суток госпитализации - развившимся перитонитом. 4. У всех умерших пациентов имелась сопутствующая терапевтическая патология, что оказывало существенное влияние на летальность. 5. В структуре патологоанатомического диагноза преобладает жировой, тотальный панкреонекроз.

76. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Костырной А.В., Поленок П.В., Косенко А.В., Каминский И.В.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И.Георгиевского

Актуальность: Острый деструктивный панкреатит одно из самых сложных, тяжелых, затратных заболеваний органов брюшной полости. В 1069 г. было описано не более 350 случаев заболевания острым панкреатитом, которое рассматривались, как казуистика. По данным ВОЗ отмечается неуклонный рост заболеваемости по всему миру до 800 человек на 1 млн. населения. Ежегодно в России умирает от различных форм панкреонекроза 20 000, равное потерям при ДТП. Присоединение инфекции в изначально асептические очаги некроза, как в самой железе, так и в парапанкреатические ткани сопровождается высокой летальностью 40-75%. Эволюция развития тактико-технических подходов при остром панкреатите пережила ряд противоположных взглядов – от ранних вмешательств с резекционными объёмами, которые сопровождались высокой летальностью, до полного запрета на операции. И только в конце XX столетия, когда была общепринята классификация предложенная Н.Вегер, существенно изменилась тактика ведения данной патологии и показания к выполнению оперативного пособия. Сложность своевременной диагностики присоединения инфекции крайне важен так, как является абсолютным показанием к оперативному вмешательству, что напрямую сказывается на конечных результатах. Материалы и методы: Использованы стандартные лабораторные, ультразвуковые, МРТ и КТ, рентгенологические методики, а также создана собственная 3-D модель воспалительного процесса в поджелудочной железе и окружающих её клетчаточных пространствах. Обобщен клинический 10-летний опыт лечения 111 больных с инфицированным панкреонекрозом, а именно дренирования гнойно-некротических очагов, с ретроспективным анализом 34 пациентов, у которых применялась пассивное дренирование зон некроза. Результаты и обсуждения: Нами разработана и

внедрена программа 3-D моделирование воспалительного процесса в поджелудочной железе и окружающих ее тканях и прогностическая оценочная шкала состояния пациента применительно к оснащению нашей клиники, что является дополнением к общепринятым диагностическим шкалам. Показания к оперативному вмешательству в настоящее время являются: 1. Подтвержденное наличие панкреатической инфекции. 2. Прогрессирующий панкреонекроз билиарной этиологии – первые 48 ч от начала заболевания. 3. Признаки абсцедирования поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, аррозивные кровотечения (свыше 3-х недель от начала заболевания и более). На большом клиническом материале мы опробовали предлагаемые различные варианты завершения операции при инфицированном панкреонекрозе, включая и миниинвазивные методики. И пришли к выводу, что однократного оперативного пособия, как правило не достаточно. Поэтому к дренажным конструкциям используемым при данной патологии предъявляются определенные жесткие требования, они должны выполнять каркасную, дренажную, гемостатическую и одновременно лечебную функции. Нами разработаны ряд дренажных конструкций с использованием миниинвазивных технологий, с использованием водорастворимых мазевых композиций обладающих некролитическим действием. Методики пассивного дренирования трубчатыми дренажами в сочетании с марлевыми тампонами в современных условиях должны быть ограничены, в силу неэффективности их в качестве адекватного дренирования при имеющихся гнойно-некротических тканях в сальниковой сумке и забрюшинных клетчаточных пространствах. В контрольной группе (34 пациента), где применялось пассивное дренирование послеоперационная летальность составила 41,1% (14 больных), а в основной группе у 77 пациентов, где применялись современные методики оперативного вмешательства с использованием собственной дренажной системы, послеоперационная летальность составила 15.6% (12 больных). Выводы: 1. Применение более современных методик дренирования при инфицированном панкреонекрозе позволило нам добиться снижения послеоперационной летальности. 2. Дренажные конструкции должны в себе сочетать 4 взаимодополняющие компонента – каркасную, дренажную, гемостатическую и лечебную функцию. Практические рекомендации: В XIX веке дренаж считался не совершенством абдоминальной хирургии. В XX столетии – дренаж должен рассматриваться, как одно из дополняющих методик в лечебной программе тяжелой абдоминальной патологии.

77.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ.

Карпов О.Э., Ветшев П.С., Маады А.С., Василашко В.И., Осипов А.С.

Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Актуальность. Рубцовый стеноз трахеи (РСТ) является серьезным заболеванием представляющим угрозу для жизни вследствие прогрессирующего удушья, нередко приводящим к инвалидизации больных. В настоящее время к основным причинам развития РСТ относят осложнения при интубации, трахеостомии, дефекты медицинского ухода при проведении длительной ИВЛ. Частота рубцовых стенозов вследствие длительной ИВЛ составляет в среднем 2–3%. При этом число пациентов, нуждающихся в реанимационной помощи и длительной респираторной поддержке ежегодно увеличивается на 3–5%. Это связано как с возросшей возможностью выполнения сложных хирургических операций у тяжело больных, так и с ростом числа пострадавших при техногенных авариях. Большинство таких больных — люди трудоспособного возраста. Несомненно, основным и радикальным методом лечения остается хирургический. Но он не всегда применим по состоянию здоровья, вследствие распространенности рубцового процесса, анатомических особенностей, изменения местного статуса или отказа пациента от операции. В таких ситуациях методом выбора остаются эндоскопические технологии, которые позволяют восстановить и длительно поддерживать проходимость дыхательных путей, являясь единственной альтернативой трахеостомии и хронического канюленосительства, инвалидизирующих больных. Материал и методы. На обследовании и лечении в ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России находилось 76 пациентов с РСТ. Среди них: мужчин 39, женщин – 37; возраст варьировал от 17 до 76 лет. Распределение больных по характеру РСТ проводили в соответствии с классификацией В.Д. Паршина (2003). Степень РСТ: I - 14 больных, II – 36 больных, III – 24 больных. У 2 пациентов диаметр трахеи соответствовал установленному ранее эндотрахеальному стенту. Ограниченные (до 2,0 см) по протяженности рубцовые стенозы были у 44 (58%) пациентов, протяженные (более 2,0 см) — у 32 (42%) больных. С функционирующей трахеостомой поступило 29 (38%) пациентов. Локализовался РСТ преимущественно в шейном отделе трахеи. Полученные результаты. Эндоскопическое бужирование РСТ с продленной ИВЛ на протяжении суток, выполнено 27 больному. Стентирование трахеи выполнено 58 пациентам, из них у 9 после бужирования РСТ с продленной ИВЛ вследствие рестеноза. Всего выполнено 83 операции стентирования, из них однократно установку стента проводили у 37 больных, остальным 21 пациенту стент установлен от 2 до 4 раз. У 10 из последних использовали два и более типа стента. Эндоскопическое лечение с применением эндопротезов завершено у 50 пациентов, сроки его составляли от 3 до 497 сут. Эндоскопические вмешательства явились самостоятельным методом лечения у 34 пациентов, у 37 больных эндоскопический метод послужил подготовительным этапом к хирургической операции и у 5 пациентов эндоскопическое лечение продолжается. Отдаленные результаты эндоскопического лечения прослежены у 28 пациентов на протяжении до 8 лет. Выводы: эндоскопическое бужирование трахеи с продленной дилатацией на интубационной трубке в течение 24 часов является эффективным

и безопасным методом восстановления просвета трахеи при ее рубцовом стенозе, технология является эффективной в лечении РСТ до 1 см; при протяженности РСТ более 1 см эффект эндоскопического бужирования с продленной дилатацией на интубационной трубке в течение 24 часов кратковременный; формирование стойкого просвета трахеи возможно у 27% больных с РСТ при однократном стентировании и у 33% больных - при повторном, при этом наиболее частыми осложнениями стентирования трахеи являются миграция стента и развитие грануляций трахеи, которые возникают в 28% и 32% наблюдений соответственно при наличии трахеостомы и в 22% и 31% – при ее отсутствии; применение полимерных самофиксирующихся стентов показано пациентам с РСТ в качестве самостоятельного метода при необходимости длительной экспозиции (от 5 до 12 мес.); применение металлических покрытых саморасширяющихся стентов целесообразно для ликвидации трахеостомы и подготовки пациента к плановой радикальной операции.

78.РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РАБОТУ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

Нуждихин А.В., Гаврилов В.В., Никитченко В.В.

Тула

ГУЗ ТО ТОКБ

Актуальность проблемы. На сегодняшний день в Тульской области функционирует 875 общехирургических коек в 29 хирургических отделениях 28 лечебно-профилактических учреждений. Вплоть до 2016 года лапароскопические операции выполнялись рутинно только в 14 отделениях. То есть только половина хирургических отделений может оказывать помощь на уровне стандартов. Это объясняется следующими причинами: 1. Отсутствие материально-технической базы. 2. Низкий кадровый потенциал. 3. Отсутствие возможности обучения врачей на рабочем месте. Материалы и методы. Проблема оснащения эндоскопическими комплексами решается путем совместного использования имеющихся лапароскопических стоек отделениями стационаров (например: гинекология и хирургия, урология и хирургия и т.д.), а также приобретением бюджетных вариантов отечественного оборудования для начала освоения лапароскопических технологий. Начато активное использование имеющегося оборудования путем привлечения специалистов-кураторов из областной больницы для непосредственного выполнения операций и для обучения на месте персонала учреждений. С 2016 года в регионе регулярно проводятся прямые трансляции из операционных областной больницы типичных лапароскопических операций по системе «телемедицина», доступных в каждом ЛПУ области. Результаты. Совместное использование оборудования начато в 2х районах. За 2016 год выполнено 68 операций на совместно используемом оборудовании. Приобретены эндоскопические комплексы в 2х районах. За год на них выполнено 89 операций. Для выполнения операций и обучения персонала на местах выполнено 26 выездов

специалиста-куратора. По системе «Телемедицина» осуществлена трансляция 6 оперативных вмешательств. Ежегодно растет количество эндоскопических операций в регионе. В 2014 - 5981, в 2015 - 6958, в 2016 - 7953. За год на 4 увеличилось количество отделений, где рутинно выполняются стандартные лапароскопические операции. Спектр выполняемых лапароскопических операций расширен в 5 районах. Выводы. 1. Для активного внедрения в ЛПУ лапароскопических технологий необходим комплексный подход, требующий оптимизации материальных и кадровых ресурсов, оснащения, организационно-методической работы ведущего учреждения здравоохранения региона. 2. Используя комплексный подход удалось добиться не только увеличения количества хирургических отделений, где рутинно выполняются лапароскопические операции, но и увеличить спектр выполняемых вмешательств. Рекомендации. Для внедрения лапароскопических технологий в работу хирургических отделений и для расширения спектра лапароскопических операций в регионе предлагаем использовать комплексный подход, основой которого считаем организационно-методическую роль ведущего учреждения здравоохранения.

79. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

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

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва (1)

ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ», Москва (2)

Актуальность. Кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта являются одной из наиболее распространенных причин госпитализаций и смертности во всем мире, с сохраняющейся высокой летальностью 5-14%. Эффективность первичного эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях достигает 85-95%, однако при рецидивирующих кровотечениях надежно остановить кровотечение возможно только у 80% больных. В последние годы арсенал эндоскопистов пополнился эффективными гемостатическими порошками (Hemospray, Ankaferd Blood Stopper, EndoClot). Гемостаз достигается за счет локальной активации тромбоцитов и образования устойчивого механического барьера, посредством впитывания жидкой части крови порошком с образованием геля. Основным их преимуществом является, отсутствие необходимости в точном нацеливании на источник кровотечения, охват большой площади поражений, простота выполнения и, наконец, отсутствие прямого контакта с кровоточащей поверхностью. Цель. Оценить эффективность нетоксичного гемостатического порошка, состоящего из рассасывающихся полимерных частиц у больных с ГДК. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения с помощью гемостатической системы EndoClot у 28 пациентов в возрасте 22-81 года с кровотечениями из верхнего отдела пищеварительного тракта. У 2 пациентов

кровотечение развилось на фоне распадающихся злокачественных опухолей желудка; у 1 – из язвы гастроэнтероанастомоза, Forrest 1a; у 1 – из острых эрозий на фоне длительного приема алкоголя; у 1 пациента из множественных ангиэктазий желудка (болезнь Ослера-Вебера-Рандю); у 5 – из множественных дефектов слизистой оболочки пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; 8- кровотечение возникло из язв двенадцатиперстной кишки, J.Forest Ib (в двух случаях из которых EndoClot применен при рецидиве кровотечения); у 3 – из язв желудка (J. Forest Ib, IIa и IIb); у 5 больных источником кровотечения послужил синдром Меллори-Вейса; у 2 - кровотечение из поверхностных дефектов слизистой оболочки желудка при портальной гипертензивной гастропатии тяжелой степени. Результаты и обсуждение. Из 28 пациентов первичный гемостаз посредством применения EndoClot достигнут у 26 (92.8%), причем у 17 пациентов EndoClot использован в качестве монотерапии. В шести случаях нанесению полисахаридного порошка предшествовала инъекция подслизистого слоя раствором адреналина. В 2 случаях EndoClot нанесен после комбинации инъекции адреналина с клипированием. У 1 пациентки с кровотечением из острой язвы нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки перед нанесением порошка выполнена инфильтрация краев язвенного дефекта раствором адреналина и аргоноплазменная коагуляция. Применение EndoClot не принесло успеха, кровотечение остановлено путем наложения 6 эндоскопических клипс. Еще у одной пациентки с продолжающимся струйным кровотечением из язвы гастроэнтероанастомоза также не удалось остановить кровотечение путем нанесения гемостатической пудры, последующая инфильтрация краев дефекта раствором адреналина и диатермокоагуляция тоже не принесло успеха, и в итоге кровотечение остановлено клипированием сосуда. Два пациента с острой язвой двенадцатиперстной кишки и остановленным кровотечением умерли на 2 и 3 сутки от прогрессирования сопутствующих заболеваний. Отмечен один рецидив кровотечения (3.5%) у больного с эрозивным рефлюкс-эзофагитом. Побочных эффектов не отмечено. Выводы. EndoClot является новым, потенциально эффективным методом достижения эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях, рефрактерных к стандартным эндоскопическим методам и может использоваться как самостоятельный метод, так и как дополнение к другим методам гемостаза. Рандомизированные контролируемые исследования по этой проблеме, к сожалению, отсутствуют, что делает данную тему открытой и требует проведения дальнейших работ по ее изучению.

80.ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ИНТРАМУРАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА В МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

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

Нижний Новгород

Городская клиническая больница № 30

Введение Вопросы патогенеза острой мезентериальной ишемии на современном этапе развития хирургии представляют особый интерес у исследователей и клиницистов, поскольку глубокое изучение данной проблемы позволит разработать единую концепцию своевременной диагностики и лечения. (Srinivasan V., 2014; Басараб Д.А., 2012) Цель – изучить механизмы дисфункции сосудистого русла тонкой кишки при острой окклюзионной мезентериальной ишемии. Материал и методы Экспериментальное исследование проведено на базе Нижегородской государственной медицинской академии и основано на результатах исследования 10 лабораторных животных – взрослых крыс-самцов линии «Вистар» (массой от 220 до 275 г.). Острую мезентериальную ишемию у крыс моделировали способом полной сегментарной турникетной ишемии тонкой кишки (tour-vessel occlusion model in the rat) (Басараб Д.А., 2012). На протяжении всего периода времени от перевязки а. mesenterica cranialis до появления макроскопических признаков нежизнеспособности кишки (черно-бурый цвет, тусклая брюшина, вздутие кишки) с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ) мониторируем состояние интрамурального микроциркуляторного русла кишечной стенки. Состояние микрососудистого русла оценивали с помощью технологии ОКТ в режиме микроангиографии. Результаты По данным ОКТ-микроангиографии, в 60,3 % длины ишемизированной кишки, суммарное количество функционирующих сосудов не изменяется в сравнении с нормой. Статистически значимое уменьшение длины функционирующих интрамуральных сосудов (на 5,6%, $p=0,029$), общей площади сосудистого русла (на 4,5%, $p=0,032$) и средней плотности сосудов (на 5,1%, $p=0,001$) происходит только в стенке кишки с трансмуральным распространением некроза. Основным механизмом развития поверхностного некроза стенки тонкой кишки при окклюзии мезентериальной артерии является дисфункция сосудов малого диаметра, которая проявляется в уменьшении их доли в общем сосудистом русле (на 8,5%, $p=0,029$) на фоне сохраненного притока крови. Вывод Полученные нами данные позволили выявить два существенно отличающихся микрососудистых механизма развития интестинального некроза. Оба механизма развиваются в кишке одновременно, на фоне острого прекращения кровотока в магистральной мезентериальной артерии: окклюзионный механизм характеризуется отсутствием функционирующих артериальных сосудов и резким снижением индекса васкуляризации за счет уменьшения длины сосудов всех калибров в кишечной стенке; неокклюзионный механизм, при котором некроз ткани развивается на фоне сохраненной функции, притока и оттока крови по сосудам кишечной стенки.

81.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБСТРУКЦИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Карпов О.Э., Ветшев П.С., Маады А.С., Алексеев К.И.

Москва

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

Актуальность: Одним из главных трендов развития современной хирургии является активное внедрение миниинвазивных технологий (МИТ). Появление билиарного эндопротезирования, как в эндоскопическом, так и в чрескожном чреспеченочном вариантах, кардинально изменило тактику лечения пациентов с опухолевой окклюзией внепеченочных желчных протоков. Отмечается существенное снижение доли хирургических паллиативных вмешательств, числа хирургических операций, выполняемых на высоте механической желтухи. Внедрение в клиническую практику билиарных саморасширяющихся металлических стентов (СМС), отличающихся большими сроками функционирования по сравнению с пластиковыми эндопротезами, позволило существенно улучшить качество жизни неоперабельных пациентов, сведя к минимуму число повторных госпитализаций для рестентирования. В этой связи сохраняет актуальность вопрос выбора оптимальной МИТ – эндоскопическая («ретроградная») или чрескожная чреспеченочная («антеградная»). Применение дифференцированного подхода, основанного на сравнительном анализе эффективности эндоскопических и чрескожных чреспеченочных технологий билиарного стентирования, без сомнений позволит улучшить результаты лечения больных этой категории, сократить продолжительность их стационарного пребывания и свести к минимуму число повторных госпитализаций. Материалы и методы: ретроспективно изучены результаты лечения 90 больных раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны, которым в качестве основного этапа паллиативного лечения выполнена установка билиарного СМС. Из них у 46 выполнено эндоскопическое стентирование, у 44 – чрескожное чреспеченочное стентирование. Средний возраст в «ретроградной» группе составил $65,0 \pm 12,8$, в «антеградной» группе - $58,6 \pm 13,7$. По уровню опухолевой обструкции внепеченочных желчных протоков в «ретроградной» группе 26,1% имели проксимальный уровень поражения, 73,9% - дистальный уровень поражения. В «антеградной» группе доли пациентов были одинаковыми. У 3 пациентов «ретроградной» группы применена новая эндоскопическая методика билиарного эндопротезирования – наложение холедоходуоденального соустья под контролем эндосонографии с использованием покрытого СМС (ЭУС-ХДС). Результаты исследования: в обеих группах больных были получены идентичные результаты, как непосредственные (технический успех – 100% в обеих группах, интра- и послеоперационные осложнения - 19,8% против 18,2%, госпитальная летальность - 4,3% против 4,5%), так и отдаленные (рецидивы желтухи – 11% против 13,6%, медиана выживаемости - 7,6 мес. против 7,4 мес.). Во всех 3 наблюдениях наложение ЭУС-ХДС было успешным и не привело к развитию осложнений. Однако, по относительной частоте развития осложнений отмечены принципиальные различия: в «ретроградной» группе осложнения в 4 раза чаще развивались при эндопротезировании проксимальных опухолевых стриктур, чем при дистальном уровне поражения (41,7% против 11,8%); в «антеградной» группе осложнения

развивались в 2 раза чаще при дистальном уровне опухолевого блока, чем при проксимальном (22,7% против 13,6%). Заключение: При выполнении основного этапа паллиативного лечения – установке билиарного СМС – целесообразен дифференцированный подход к применению МИТ: при проксимальном уровне опухолевого блока рекомендовано чрескожное чреспеченочное стентирование, при дистальном уровне поражения – эндоскопическое стентирование. При невозможности выполнения транспапиллярного эндоскопического вмешательства возможно формирование билиодигестивного соустья под контролем эндосонографии - ЭУС-ХДС.

82.ОРГАНИЗАЦИЯ КРУГЛОСУТОЧНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ю.М. Вахеева (1,2), А.В. Гусев (1,2), А.Н. Баутин (2), А.Ю. Соловьев (1)

Иваново

1) ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ РФ, 2) ОБУЗ ГКБ №7

Актуальность: Несмотря на наличие современных методов исследования проблема полноценной, круглосуточной диагностики в ургентной хирургии является актуальной. Зачастую даже опытный хирург сталкивается с трудностями в постановке диагноза и определения тактики лечения. Особенно это касается оказания помощи в вечерне-ночное время, когда отсутствуют возможности выполнения ряда дополнительных инструментальных методов обследования или специалистов приходится вызывать из других ЛПУ или из дома. Цель нашей работы: оценить возможности круглосуточного интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ) в условиях городской больницы. Материалы и методы: С 2015г. по 2016 г. на базе ОБУЗ 7 ГКБ г. Иваново с ургентной абдоминальной патологией поступило 4536 человек, из них 1216 было оперировано в экстренном порядке, 112 пациентам выполнялось интраоперационное ультразвуковое исследование, как в дневное, так и в вечерне-ночное время. В настоящее время ряд хирургов нашей клиники прошли профессиональную переподготовку по специальности «Ультразвуковая диагностика» и выполняют УЗИ во время дежурств. Дежурства по оказанию экстренной помощи составляются таким образом, чтобы ежедневно дежурил один хирург прошедший вышеуказанную специализацию. При поступлении пациента с экстренной абдоминальной патологией, в сложных диагностических случаях врач-хирург при необходимости выполнял ИОУЗИ. Для ИОУЗИ использовали сканер BK Medical Profocus 2210 с использованием датчика Type 8811(5-12 MHz), датчиком Type 8666- RF(5-12 MHz). Результаты. ИОУЗИ, в том числе лапароскопически-ассистированное ИОУЗИ, выполнялось в случаях, когда дооперационная диагностика и данные интраоперационного осмотра не позволяли хирургу с уверенностью поставить диагноз и определить тактику. В 12 случаях при подозрении на острый аппендицит, выполнялась диагностическая лапароскопия с ИОУЗИ (так как возникли трудности в

визуализации отростка из-за анатомических особенностей его расположения), в результате которого у 2х женщин диагноз аппендицит не подтвержден, в 10 случаях проведена лапароскопическая аппендэктомия. В 12 случаях проводилась оценка жизнеспособности кишки, для определения оптимальной границы резекции при острой кишечной непроходимости с гангреной кишки. В 56 случаях лапароскопически — ассистированное ИОУЗИ позволило определить анатомическое взаиморасположение внепеченочных желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии (трудности дифференцировки ввиду выраженного воспалительного процесса). В 4 случаях во время операции по поводу механической желтухи, обусловленной дистальным блоком общего желчного протока, в подпеченочном пространстве определялся инфильтрат, при этом выполненное ИОУЗИ позволило определить дальнейшую тактику лечения. В 12 случаях при помощи ИОУЗИ удалось оценить главный панкреатический проток и локализацию конкрементов в нем, после вскрытия главного панкреатического протока проводился УЗ-контроль на наличие остаточных конкрементов в просвете протока; установить топическую локализацию и размеры патологических образований поджелудочной железы (псевдокиста, опухолевидное образование, конкременты). В двух случаях у пациентов был выраженный спаечный процесс (после ранее перенесенного панкреонекроза), с помощью ИОУЗИ удалось определить оптимальный, «безопасный» доступ к поджелудочной железе, а так же расположение близлежащих сосудов и локализацию протоков. Под контролем ИОУЗИ проводилась пункция, биопсия. В 2 случаях при ИОУЗИ выявлена Болезнь Крона. В 2 случаях выявлен дивертикулит с абсцедированием. В одном случае диагностирован абсцесс сальниковой сумки. У одной пациентки выявлена расслаивающая аневризма аорты. Выводы: В условиях городской больницы врач-хирург владеющий навыками ультразвуковой диагностики при необходимости выполняет интраоперационное ультразвуковое исследование, при использовании которого улучшается качество диагностики, что позволяет определить дальнейшую тактику лечения.

83.ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ КРУГЛОСУТОЧНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ - ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

А.Н. Баутин (1), А.В. Гусев (1,2), Ю.М. Вахеева (2), А.Ю. Соловьев (2)

Иваново

1) ОБУЗ ГKB №7, 2) ФГБОУ ВО ИВГМА МЗ РФ

АКТУАЛЬНОСТЬ Во всем мире острая хирургическая патология органов брюшной полости является наиболее «проблемной» в плане «безопасности пациента». Своевременность проведения лечебно-диагностических мероприятий является «краеугольным камнем». В настоящее время изучается эффективность выполнения различных диагностических исследований и лечебных вмешательств одним специалистом в рамках смежных

специальностей. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ Работа выполнена на клинической базе ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иваново в 2015–2016 гг. Мы провели профессиональную переподготовку ряда врачей-хирургов хирургических отделений ОБУЗ ГКБ 7 г. Иваново, оказывающих экстренную помощь по специальностям «Эндоскопия» и «Ультразвуковая диагностика». После прохождения обучения и получения сертификатов они во время дежурств по оказанию экстренной помощи самостоятельно выполняют практически полный спектр ультразвуковых и эндоскопических методов диагностики. Необходимое оборудование доступно круглосуточно. В исследовании участвовали пациенты, доставленные по экстренным показаниям в приемное отделение с подозрением на различную острую хирургическую патологию. Необходимо отметить, что дополнительные методы исследования (в частности УЗИ) применялись лишь в сомнительных, сложных в диагностическом плане случаях и не использовались при ясной клинической картине. Всем им выполнялись дополнительные методы диагностики в виде УЗИ или ВЭГДС. В контрольную группу вошли результаты исследований проведенных этим же пациентам отсрочено соответствующими специалистами. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ Диагностические трудности, потребовавшие проведения дополнительных методов исследования в вечерне-ночное время, возникли у 48 (53,9%) мужчин и 41 (46,1%) женщины. При этом выявлено: Травматические повреждения органов брюшной полости 16,8%, Острый аппендицит 16,8%, Острый холецистит 10%, Механическая желтуха 10%, Острый панкреатит 20%, Патология мягких тканей 13,2%, Аневризма аорты 3,2%, Почечная колика 6,8%, Острая кишечная непроходимость 3,2%. При выполнении УЗИ хирургом, только что прошедшим обучение по ультразвуковой диагностике, параметры эффективности исследования составили: Диагностическая чувствительность УЗИ 70%, Диагностическая специфичность 71,4%, Диагностическая эффективность 70,7%, Прогностическая ценность положительного результата 77,8%, Прогностическая ценность отрицательного результата 62,5%. Аналогичные средние параметры эффективности приводим по эндоскопической диагностике в ургентной хирургии, выполненной хирургами, прошедшими подготовку по эндоскопии. Диагностическая чувствительность 64,3%, Диагностическая специфичность 46,2%, Диагностическая эффективность 55,3%, Прогностическая ценность положительного результата 56,3%, Прогностическая ценность отрицательного результата 54,5%. Следует отметить, что эти показатели значительно варьировали среди разных хирургов – от минимальных 33,3% до максимальных 100%. ВЫВОДЫ Основные проблемы мультидисциплинарного подхода в ранней диагностике острой хирургической патологии органов брюшной полости: 1) низкая диагностическая эффективность на этапе освоения методики, 2) отсутствие данных по срокам (либо количеству выполненных исследований), необходимым для достижения хирургом стандартных результатов диагностической эффективности при использовании дополнительного метода обследования, 3) необходимость дублирующего обследования опытным врачом-диагностом на этапе освоения методики, 4) необходимость включения курсов по ультрасонографии и абдоминальной эндоскопии в учебные планы для хирургов в рамках непрерывного медицинского образования, 5) проблема осуществления непрерывного медицинского образования и продления сертификата по «смежной» специальности для хирурга, 6) необходимость «коррекции» функциональных обязанностей врача-хирурга, осуществляющего лечебно-диагностические вмешательства по смежным специальностям, 7) мотивация, психологические особенности личности врача.

84.ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ

*Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Замятин М.Н., Гороховатский Ю.И.,
Левчук А.Л., Степанюк И.В.*

Москва

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В настоящее время частота абдоминальных осложнений после кардиохирургических оперативных вмешательств составляет 0,3-3%. В структуре этих осложнений раннего послеоперационного периода на долю острого послеоперационного панкреатита приходится от 11 до 35 % случаев, которые достоверно ухудшают прогноз и увеличивают риск летального исхода до 85%. Материалы и методы. В основу работы легло исследование частоты развития абдоминальных осложнений, в частности острого послеоперационного панкреатита (ОПП), у 1340 кардиохирургических пациентов, перенесших операции. К факторам риска развития ОПП после операции на сердце следует отнести: возраст старше 70 лет, длительность операции в условиях искусственного кровообращения, наличие хронических заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, облитерирующий атеросклероз, почечную недостаточность и низкий сердечный выброс. Результаты. Абдоминальные осложнения развились у 72 (5,4%) кардиохирургических пациентов. Острый деструктивный панкреатит чаще встречался в группе больных, перенесших протезирование клапанов сердца, - у 12 (2,4%) из 498, в то время как в остальных наблюдениях это осложнение диагностировали лишь у 7 (0,8%) пациентов, летальный исход – у 5 (0,4%). Заключение. Лечебно-диагностическая программа ООП должна включать раннее применение современных методов исследования (ФГДС, УЗИ МСКТ, МРТ), анализ прогностических шкал (Ranson, APACHE II, SRPS), динамический контроль наиболее объективных биохимических показателей (амилаза, липаза, билирубин, трипсиноген-2, пресепсин и прокальцитонин) с активным использованием на фоне антисекреторной интенсивной терапии «обрыва» методов экстракорпоральной детоксикации, направленных на купирование панкреатогенной ферментемии и полиорганной недостаточности.

85. СТАНОВЛЕНИЕ ДОСТУПНОЙ ХИРУРГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Карпов О. Э., Ветшев П. С., Левчук А. Л., Шимкович С.С.

Москва

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Введение. В век современной медицины, бурное развитие «цифрового» обеспечения рабочего места врача становится неотъемлемой частью модернизации передовых центров здравоохранения. Постоянное совершенствование цифровых технологий позволяет значительно повышать качество медицинского обслуживания, осуществляя полноценный персонифицированный подход, являющийся ключевым направлением современной медицины. Активное внедрение в клиническую практику в последние годы разнообразных инновационных технологий: эндоскопических, лапароскопических, роботизированных хирургических и навигационных, чрескожных под контролем ультразвука и рентгенотелевидения, эндоваскулярных, радиочастотной, лазерной и криоабляции, необратимой электропорации, ультразвуковой фокусированной абляции (HIFU, FUS) и др., а так же автоматизации рабочего места врача – неизбежно формирует «новое» клиническое мышление. В последние годы в Пироговском центре стремительно развивается «цифровая» медицина, направленная на оптимизацию работы врачей и младшего медицинского персонала, с целью обеспечить полноценный персонифицированный подход в лечебном и диагностическом процессе. И в конечном итоге улучшить качество оказания медицинской помощи. Материалы и методы. Проанализированы организационно-управленческая и клиническая деятельность Пироговского Центра за последние 10 лет (2006-2016 гг.). В течение этого периода времени в лечебную практику и управление были внедрены инновационные подходы и технологии, интеграция которых позволила улучшить качество оказания медицинской помощи, повысить в целом эффективность работы Пироговского Центра. Произошла оптимизация управления процессами и персоналом, улучшена организация лечебно-диагностической помощи, внедрен мультидисциплинарный и персонифицированный подход в принятии решений клинической направленности, обеспечены автоматизация основных производственных процессов и внедрение информационных технологий в управление и клиническую деятельность и др. В течение рассматриваемого периода существенно возросло число пролеченных пациентов, увеличились оперативная активность и количество выполняемых операций, повысилась эффективность использования коечного фонда, в то же время сократились предоперационный и послеоперационный койко-дни. В ходе внедрения комплекса вышеназванных инноваций основным приоритетом считали качество оказания специализированной медицинской помощи и ее адресную направленность. Результаты. В клиническую практику и организационно - управленческую деятельность Пироговского Центра в последние 10 лет были внедрены инновационные подходы и технологии, интеграция которых позволила улучшить качество оказания медицинской помощи, повысить в целом эффективность его деятельности. Этим позитивным изменениям во многом

послужила оптимизация управления процессами и персоналом, внедрение мультидисциплинарного подхода в принятии клинических решений, автоматизация основных производственных процессов и внедрение цифровых информационных технологий в лечебно-диагностическую деятельность. Были улучшены основные клинические и качественные показатели работы стационара. Повысилась эффективность использования коечного фонда (с 79% до 99%) и оборот койки (с 26 до 46 койко - дней), уменьшилась средняя длительность пребывания пациента на койке (с 11,7 до 6,9 сут.) и длительность пребывания до операции (с 4,6 до 1,2 сут.). Увеличилось в 2,5 раза число операций, хирургическая активность и уменьшилась послеоперационная летальность. Подавляющее большинство пациентов (97,1%), согласно результатам постоянного мониторингования (анонимное анкетирование, анализ обращений и жалоб, изучение мнения в ходе проводимых школ пациентов и др.), высоко оценивают деятельность Пироговского Центра и качество оказания персонифицированной медицинской помощи. Заключение. Современный этап развития практического здравоохранения характеризуется повсеместным внедрением нового направления – медицины высоких технологий: информационно-управленческих, телекоммуникационных, компьютеризированных (диагностических и лечебных), инновационных миниинвазивных и др. В этих условиях, успех хирургического лечения, наряду с профессиональными знаниями, опытом и навыками специалистов, во многом определяется слаженной работой команды квалифицированных врачей с соблюдением постулатов мультидисциплинарного подхода и персонифицированного отношения к больному. В его основе, в первую очередь, лежат принципы врачебной этики и деонтологии, критерии целесообразности, разумной достаточности в выработке оптимальной лечебно-диагностической программы, с учетом современных возможностей щадящей хирургии и информационных технологий.

86. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Ветшев П.С., Бруслик С.В.

Москва

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков (ЯПВЖП) возникают обычно в результате операционной травмы. Реконструктивные операции при этой патологии отличаются сложностью, а их результаты не всегда удовлетворяют хирургов и пациентов. Материалы и методы: Основу работы составили клинические наблюдения 48 пациентов, оперированных в «ФГБУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова» в период с 2004 по 2014 годы по поводу

ЯПВЖП. Средний возраст больных составил 46,8 лет. «Свежие» интраоперационные повреждения магистральных желчных протоков диагностированы у 18 пациентов (0,03% от общего числа операций на желчных путях). Из других лечебных учреждений были доставлены 30 больных. В диагностике ятрогенных повреждений желчных протоков использовались общеклинические и инструментальные методы исследования: УЗИ, МРТ-холангиография, ЧЧХС, ЭРХПГ, фистулохолангиография, ФГДС. Результаты: У 15 пациентов повреждения желчных протоков были обнаружены во время операции и сразу выполнена хирургическая реконструкция. Непосредственная реконструкция у 10 больных включала первичное восстановление непрерывности желчных путей с помощью билио-билиоанастомоза «конец в конец» на Т-образном дренаже Кера. У 3 пациентов выполнена гепатикоеюностомия и у 2 холедоходуоденостомия. У троих пациентов желчеистечение обнаружено в первые двое суток послеоперационного периода из-за термического повреждения общего желчного протока. Им удалось выполнить ретроградное эндоскопическое (2) стентирование и ЧЧХС (1) стентирование общего желчного протока пластиковыми стентами. У 30 пациентов с ятрогенными повреждениями желчных путей поступивших из других лечебных учреждений в сроки от 10 суток до 2 месяцев было выявлено: механическая желтуха у 15, желчеистечение (по сформированному наружному свищу или установленному ранее дренажу) у 13, холангит в 2 случаях. В большинстве наблюдений (29), после купирования явлений острого холангита и разрешения механической желтухи, в зависимости от уточнения характера и уровня ятрогенного повреждения желчных протоков, выполняли реконструктивную «V»-образную гепатикоеюностомию на «отключенной» по Roux петле. У одного пациента удалось ушить дефект общего желчного протока на дренаже Кера. В 4 случаях реконструктивную операцию производили на транспеченочном дренаже по Прадери-Смитсу, в 4 – по Сайпон-Куриану, в 9 – по Фелкеру. Послеоперационные осложнения возникли у троих больных (2 – пневмония, 1 – нагноение операционной раны). Летальных исходов не было. Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет прослежены у 85% оперированных больных. Рецидива желтухи и других осложнений не выявлено. Заключение: Таким образом, при не выявлении ятрогенного повреждения протока в процессе операции оптимальным сроком восстановления или реконструкции следует считать 3-5-е сутки. Операцией выбора при этом является неотложная «V»-образная гепатикоеюностомия по Roux. При наличии гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости или желчных протоках, а также сопутствующей механической желтухи - целесообразно выполнение оперативного вмешательства в два этапа. На первом этапе – использование миниинвазивных методик для создания оттока желчи (эндоскопического назобилиарного дренирования или внутреннего стентирования, ЧЧХС с рентгеноультразвуковым контролем и наружным дренированием). Реконструктивная операция вторым этапом показана через 1,5-2 месяца после купирования воспалительного процесса и желтухи.

87. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ КИСТ

Левчук А.Л., Неменов Е.Г., Игнатьев Т.И.

Москва

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В последнее десятилетие установлено, что врожденные кисты и доброкачественные опухоли околопрямокишечных клетчаточных пространств встречаются довольно часто (8-14% в проктологической практике). Будучи врожденной патологией развития, не подлежащей профилактике, пресакральные кисты могут длительное время оставаться не диагностированными. В следствие их бессимптомного течения до развития осложнений, они могут приводить к ложной диагностике заболеваний, маскирующихся под различную хирургическую, проктологическую, урологическую или неврологическую патологию. Своевременная постановка диагноза каудальных кист, несмотря на использование современного оборудования (МРТ, СКТ, Эндо-УЗИ), крайне затруднительна. Даже при верификации диагноза, проблема выбора способа оперативного лечения пресакральных кист так же не имеет однозначного ответа, о чем свидетельствуют: длительные сроки послеоперационного периода (14-90 суток) у пациентов с данной патологией, и частота послеоперационных осложнений (54-82%), а так же повторные обращения больных с рецидивами заболевания (14-67 %). В виду постоянного совершенствования инструментальной диагностики, появления новых методов диссекции тканей, интродооперационного гемостаза, проблема диагностики и хирургического лечения пресакральных кист переживает положительные тенденции в решение данной проблемы. Материалы и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 28 пациентов, с пресакральными опухолями, в период с 2011 по 2014 гг. Возраст пациентов колебался от 21 до 45 лет, гендорное распределение мужчин и женщин 2:1 (18 мужчин и 9 женщин). Диагностика пресакральных кист была основана на жалобах больного и степени их выраженности, длительности заболевания, анализе результатов клинического и современных методов лучевой и инструментальных подходов обследования пациентов. Все выявленные опухолевидные образования параректальной клетчатки, независимо от их размеров и локализации, подлежали хирургическому удалению. Результаты. У 33,3 % пациентов с пресакральными кистами были отмечены осложнения: нарушение уродинамики, проявления толстокишечной непроходимости, гнойно-инфекционные осложнения. У половины пациентов этой группы уже проводилось хирургическое лечение, направленное на устранение осложнений. В остальных 67 % случаях пресакральные кисты были диагностированы до развития каких-либо осложнений. У всех пациентов присутствовала неврологическая симптоматика, в виде различной интенсивности болей или гипо- и парестезий. В рамках предоперационного обследования всем пациентам выполнялась МРТ малого таза, СКТ брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием и колоноскопия с эндоректальным и трансвагинальным ультрасонографическим исследованием. Все оперативные вмешательства выполнялись парасакральным доступом в

положении пациента на животе с раздвинутыми ногами, под эндотрахеальным наркозом (в 50% случаев) и под комбинированной (ЭТН+эпидуральная анестезия) анестезией. Длительность операций колебалась от 1,5 до 4 часов. У женщин кистозные образования чаще всего обнаруживались в пресакральной клетчатке, а у мужчин – в промежностной области. Резекция копчика при оперативном доступе производилась в 83,8% - у пациентов с пресакральными кистами, верхний полюс которых был расположен выше 3-4 крестцовых позвонков. После удаления кисты, во всех случаях проводилось дренирование на активной аспирации (по Редону). У 63,7% случаев течение послеоперационного периода осложнялось скоплением гематомы в послеоперационной ране, что требовало ревизии раны и её дальнейшего открытого ведения. Летальных исходов, и осложнений, связанных с повреждением или нарушением функции органов малого таза и запирающей функции анального сфинктера не было. Во всех случаях клинический диагноз был подтвержден результатами гистологического исследования операционного препарата. Рецидивов заболевания после радикального хирургического лечения каудальных кист не отмечено. Заключение. Раннюю диагностику пресакральных кист обеспечивает использование современных методов лучевой диагностики, позволяет приступить к их лечению при наличии относительно небольших размеров кистозных образований, до развития осложнений, что значительно облегчает техническое выполнение оперативного вмешательства. Тяжесть течения и длительность послеоперационного периода значительно меньше у пациентов с неосложненными формами заболевания и при отсутствии в анамнезе хирургического лечения осложнений или неудавшихся попыток радикального удаления пресакральных опухолей. Проблема выбора оперативного доступа по-прежнему остается дискуссионной и в большей степени зависит от локализации кист в клетчаточных пространствах таза.

88. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭКОНОМНЫХ АМПУТАЦИЙ ПО ПОВОДУ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Лящук А.В.(1), Чайка О.О.(1), Пронин И.В.(2), Нижельский В.Е.(1),
Кателенец М.О.(1), Реука В.П.(2).*

Луганск, ЛНР.

(1) ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки».

(2) ГУ "Луганская республиканская клиническая больница" ЛНР.

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является самым распространенным эндокринным заболеванием в мире, от которого страдают 4 - 5% населения. Стопа при СД является органом-мишенью и характеризуется периферической полинейроангиопатией с нарушениями трофики, протекающими на фоне вторичного иммунодефицита. Синдром диабетической стопы (СДС) является не столько последствием диабетической микроангиопатии, сколько самостоятельным и почти специфическим осложнением СД. Среди всех осложнений СД

поражения стоп встречаются у 25-80% больных, а у 15% развиваются язвенно-некротические формы, часто приводящие к ампутациям. С СДС связано 40 - 70% всех ампутаций нижних конечностей, число ампутаций варьирует от 7 до 206 на 100000 населения в год. Лечение таких больных требует высоких материальных и трудоемких затрат. Но результаты зачастую не удовлетворяют ни лечащего врача, ни самого пациента. Цель работы. Улучшение результатов лечения больных после экономных ампутаций по поводу синдрома диабетической стопы. Материалы и методы. В исследование включено 68 человек с язвенно-некротическими осложнениями СДС. Средний возраст составил $57,88 \pm 15,13$. Все больные были обследованы согласно стандартам клинических протоколов. Всем больным проведено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДА) сосудов нижних конечностей, а при выявлении критической ишемии нижних конечностей (КИНК) выполнялась ангиография нижних конечностей. Все пациенты были разделены на 2 группы. I группу составило 32 (47,1%) больных без КИНК после выполнения экономной ампутации на стопе по поводу язвенно-некротических процессов, назначалась базисная терапия: противогипоксическая, дезинтоксикационная, антиоксидантная, рациональная антибактериальная терапия, цитопротекторы, приём пентоксифиллина, α -липоевой кислоты, витаминов группы В, антиконвульсанты, коррекция гипергликемии инсулинами. Местное лечение ран стопы проводили ежедневными перевязками до 2 - 3 раз в сутки, в зависимости от санации гнойного очага. Во II группу вошло 38 (52,9%) человек с КИНК. Локализация: подвздошно - бедренный сегмент - 6 (16,7%), бедренно - подколенный сегмент - 17 (47,2%), артерии голени - 13 (36,1%). I этапом выполнялась восстановительная операция на артериях нижних конечностей. II этапом проводилась экономная ампутация на стопе по поводу осложнений СДС. Кроме базисного лечения назначали курс простагландинов (алпростадил, вазопростан) и сулодексид. Местное лечение: рану стопы лечили с помощью суперабсорбирующих повязок и наружно инсулин. Лечение алпростадилем проводили по 100 мкг в/в капельно медленно на 200 мл физ.раствора 1 раз в день курсом до 10 дней. Сулодексид вводили по 600 ЛЕ в/в капельно на 100 мл. С последующим переходом на пероральный приём по 1 капсуле (250 ЛЕ) 2 раза в сутки. Результаты. У всех пациентов I группы сохранялись боль, чувство тяжести в ногах, отек на стопе до 14-18 суток. Во II группе снижение боли, отёка и чувства тяжести в стопе у 28 человек (77,8%) произошло на 7 сутки, у остальных на 10-12 сутки. Парестезии, зябкость нижних конечностей сохранялись в течении всего периода нахождения больных в стационаре. Количество необходимых повторных некрэктомий в I группе составило в среднем 68,75%. 6 (18,75%) пациентам пришлось выполнить ампутацию на уровне в/3 голени. У пациентов II группы повторных некрэктомий и «высоких» ампутаций не было. Выводы. Комплексный подход с воздействием на все основные звенья патогенетической цепи – это обязательное условие для успешного лечения осложнений СДС. Восстановление магистрального кровотока является обязательным в лечении СДС. Применение простагландинов в сочетании с ангиопротекторами, на фоне базисного лечения, уменьшает количество "высоких" ампутаций при язвенно-некротических процессах на фоне СДС.

**89. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ
ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА
(ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

*Соловьев И.А. (1), Суров Д.А. (1), Сизоненко Н.А. (1), Роздобара М.В. (1),
Святненко А.В. (2), Ястребов И.П. (2)*

Санкт-Петербург

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

Актуальность. В последние годы в зарубежной литературе растет количество публикаций, посвященных применению концепции раннего восстановления после операций (enhanced recovery after surgery) в неотложной абдоминальной хирургии. В настоящем исследовании изучена возможность использования программы укоренного выздоровления (ПУВ) в хирургическом лечении больных злокачественными опухолями толстой кишки, осложненными обтурационной непроходимостью. Цель исследования. Апробировать ПУВ в хирургическом лечении больных острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН) опухолевого генеза и оценить ее эффективность. Методы. В исследовании принимали участие 67 больных острой ОТКН опухолевого генеза. Дизайн исследования – проспективное рандомизированное клиническое исследование. Критерии исключения: распространенный перитонит, наличие множественной органной дисфункции, сочетанные осложнения злокачественного новообразования (кровотечение, перфорация, параканкротный абсцесс). Основную группу составили 34 пациента, получавших лечение по программе ПУВ, в контрольной группе (n=33) применялись традиционные хирургические подходы. В лечении больных основной группы использовались следующие компоненты ПУВ: в предоперационном периоде – детальное информирование пациента о его состоянии, планируемом оперативном вмешательстве и об особенностях послеоперационного периода, профилактика послеоперационной тошноты и рвоты, тромбоэмболических и инфекционных осложнений. Интраоперационные мероприятия включали выполнение декомпрессии тонкой и толстой кишки по показаниям, лаваж тонкой кишки полиэлектролитными смесями с антигипоксантом, удаление зонда Миллера-Эббота и установка полиуретанового зонда за связку Трейца для раннего энтерального питания, минимизация количества дренажей, катетеризация влагалищ прямых мышц живота для пролонгированного послеоперационного обезболивания. В послеоперационном периоде осуществляли мероприятия лечебной физкультуры в пределах постели сразу после экстубации в отделении интенсивной терапии, раннюю вертикализацию и удаление мочевого катетера, а также дренажей после перевода пациента из реанимации. Кроме того, минимизировали объем целенаправленной инфузионной терапии, которую прекращали после начала раннего энтерального питания. В качестве критериев сравнительной оценки результатов апробации ПУВ изучали интенсивность болевого синдрома (визуально-аналоговая шкала), явления энтеральной недостаточности (сроки появления шумов кишечной перистальтики, отхождения газов и стула), качество жизни (опросники MOS SF-36 и шкала Бартела), количество ранних

послеоперационных осложнений, летальных исходов и длительность послеоперационного периода. Результаты. У пациентов основной группы наблюдался более короткий период восстановления функций желудочно-кишечного тракта: отсутствие тошноты и рвоты, начало энтерального питания спустя 36-48 часов после операции, появление шумов кишечной перистальтики в течение 24 часов, отхождения газов в течение 24-36 часов, стула на 2-3 сутки после операции. Послеоперационный болевой синдром не превышал 5-6 баллов в первые сутки с постепенным регрессом до 0-1 балла к 4-5 суткам. Необходимости в применении наркотических анальгетиков не было. Продолжительность послеоперационного периода в основной группе составила 5-6 суток. Отмечены 4 случая послеоперационных осложнений и 2 летальных исхода (вследствие инфаркта миокарда и пневмонии). Восстановление показателей качества жизни, а также физического и психологического компонентов здоровья на 30 сутки после выписки из стационара зарегистрированы у 29 пациентов основной группы. В тоже время у 21 больного контрольной группы в течение 36-72 часов после операции наблюдалась тошнота и рвота, появление шумов кишечной перистальтики отмечено, в среднем, на 2 сутки, начало отхождения газов – 2-3 и стула – 3-4 сутки, соответственно. Болевой синдром достигал 7-8 баллов в раннем послеоперационном периоде, что потребовало обезболивания опиоидными анальгетиками у 19 пациентов. Зарегистрированы 8 случаев ранних послеоперационных осложнений, что у 3 пациентов потребовало выполнения релапаротомии. Продолжительность послеоперационного периода составила 9-12 суток. В контрольной группе умерло 5 пациентов (вследствие инфаркта миокарда, тромбоэмболии легочной артерии, пневмонии, абдоминального сепсиса (2)). Показатели качества жизни оказались снижены, преимущественно за счет замедленного восстановления способности к самообслуживанию. Заключение. Применение программы ускоренного выздоровления в неотложной хирургии обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза является безопасным и высокоэффективным подходом, позволяющим добиться улучшения непосредственных результатов хирургического лечения, улучшения качества жизни больных, а также сократить сроки послеоперационного периода и реабилитации.

90. ВЛИЯНИЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА НА ВЕДЕНИЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ.

Мурадов Н.Ф., Гасанов Ф.Д., Саидова Ф.Х., Исаева А.Н., Аскерова Г.А.

Баку

Научный Центр Хирургии им. акад. М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан

Обеспечение адекватной анестезии во время оперативных вмешательств у лиц с тиреоидной патологией зависит от характера заболевания, возраста больного, степени увеличения щитовидной железы, наличия сопутствующих болезней и т.д. Целью настоящего

исследования было изучение нейрогуморального статуса при тиреоидной патологии с различной функциональной активностью и его влияние на выбор оптимально эффективного анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств у данной категории больных. Материалы и методы У 102 больных, подвергнутых оперативному вмешательству по поводу эутиреоидного (54) и токсического (48) зоба, в периоперационном периоде (день перед операцией, во время операции и на следующий день после операции) были динамически изучены уровни адреналина и эндорфинов в плазме крови. Всем больным проведена комбинированная эндотрахеальная анестезия с использованием внутривенных и ингаляционных анестетиков. Результаты и их обсуждение Определение адреналина и эндорфинов в плазме крови больных с эутиреоидным и токсическим зобом, перенесших аналогичные оперативные вмешательства (субтотальная субфациальная резекция ЩЖ, тиреоидэктомия), показало, что имеется положительная коррелятивная зависимость между этими показателями. На всех этапах динамического исследования у больных с токсическим зобом уровень адреналина и эндорфинов в плазме крови был значительно выше в сравнении с больными с эутиреоидным зобом. Дозировка наркотических анальгетиков (фентанил, морфин, омнопон) и анестетиков (изофлуран, тиопентал-На, кетамин, диазепам), использованных для поддержания адекватной анестезии у больных с токсическим зобом была выше, чем у лиц с эутиреоидным зобом. Т.е. при выборе дозы и частоты введения этих препаратов возникала необходимость дифференцированного подхода в зависимости от характера (токсический или эутиреоидный) заболевания. Подобное различие наблюдалось и в потребностях к наркотическим и ненаркотическим анальгетикам для обезболивания в раннем послеоперационном периоде. Заключение Таким образом, определение нейрогуморального статуса организма в периоперационном периоде содействует проведению адекватной анестезии при оперативных вмешательствах на ЩЖ и выбору оптимальной методики послеоперационного обезболивания.

91. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Хашимов Б.Б.(1), Аутлев К.М.(2), Иванов В.В. (1), Кручинин Е.В.(1)

Тюмень

- 1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области "Областная клиническая больница №1», отделение торакальной хирургии №2.
- 2) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Тюменский Государствен

Актуальность: Среди больных с вентральными грыжами пациенты с морбидным ожирением относятся к наиболее тяжелой и сложной категории в лечении. Частота рецидивов послеоперационных вентральных грыж у больных с ожирением, может достигать

64%. Несмотря на применение современных полипропиленовых эксплантатов в настоящее время, публикуются данные о формировании в послеоперационном периоде жидкостных скоплений в ране, выраженных инфильтратов её с ощущением «панциря», сморщивание сетки с образованием свищей и гнойников, миграция сетки. Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения и профилактика раневых осложнений послеоперационных вентральных грыж у больных с морбидным ожирением. Материалы и методы исследования: В исследование было включено 53 больных, которым выполнено герниопластика по поводу больших послеоперационных вентральных грыж с использованием над апоневротической фиксации сетчатого имплантата. У 18 больных (34%) наблюдалось морбидное ожирение с ИМТ свыше 40 кг/м². У 11 пациентов имелись рецидивные грыжи (20 %). Величина грыжевых выпячиваний определялась по размеру (классификация Егиева В.Н. 2002). Использовались полипропиленовые сетки с размерами 15,0 x 15,0 см; 20,0 x 20,0 см. У 40 больных (75%) выявлено наличие сопутствующих патологии: сахарный диабет, алиментарное ожирение, морбидное ожирение, ишемическая болезнь сердца. Среди пациентов прооперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж, 7 (13%) больным было выполнено симультантные операции (холецистэктомия + герниопластика). При оперативном лечении с использованием сетчатых имплантатов мы соблюдали следующие принципы: применение острых методов мобилизации подкожной жировой клетчатки от апоневроза мышц живота; сокращение частоты использования электрокоагуляционных методов при мобилизации подкожной жировой клетчатки от апоневроза; гемостаз путем точечной коагуляции; ушивание дефекта апоневроза монофиламентной нитью непрерывно; применение надопоневротической фиксации полипропиленовой сетки необходимого размера, учитывая размеры дефекта апоневроза, заходя на 5 см за край грыжевых ворот; непрерывно так же монофиламентной нитью; с целью уменьшения длительной экссудации, выполнялась экспозиция полости раны раствором дексаметазона 4 мг-1,0 + 0,9%-20,0 физиологического раствора; с целью ликвидации остаточной полости между подкожной жировой клетчаткой и полипропиленовой сеткой, полигликолидной нитью жировая клетчатка фиксировалась к полипропиленовой сетке непрерывным швом; учитывая раннюю активацию пациента, с целью адекватной аспирации, дренирование выполнялась в нижней части раны. Полученные результаты: Осложнения в раннем послеоперационном периоде: гематома послеоперационной раны у 2-х пациентов (3,7%). Причиной образования гематомы послеоперационной раны, явилось кровотечение из подкожной жировой клетчатки, на месте проведения дренажных трубок. В послеоперационном периоде у пациентов основной группы, отмечалось снижение количество экссудации по дренажам, на вторые сутки после операции менее 50,0 мл. в сутки и соответственно сроков пребывания в стационаре до 4-х дней. Результаты лечения прослежены в сроки от 3 до 18 месяцев у 35 пациентов. Рецидива грыжи не выявлено. Выводы и рекомендации: Применение предложенного подхода в хирургическом лечении больших послеоперационных вентральных грыж у больных с морбидным ожирением, позволяет получить хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

92. КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНА ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ И ВЫСОКИХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ

*Пантелеев В.С. (1,2), Иштуков Р.Р. (1,2), Нартайлаков М.А. (1,2),
Логонов М.О., (1,2), Дорофеев В.Д. (2), Галиакберов А.Р. (2)*

Уфа

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФГБУЗ РКБ
им. Г.Г. Куватова,

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.

93.ОПОРНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Мяконький Р.В., Иванченко С.В.

Волгоград

ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №3»

Актуальность. Среди острых заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит по частоте встречаемости неизменно является лидером. На его долю приходится более 50% всех оперативных вмешательств, выполняемых в неотложной хирургии. Пик заболеваемости приходится на лиц молодого, трудоспособного возраста – 20-40 лет. В диагностике острого аппендицита по выражению Н. Mondora: «...симптомы не подсчитываются, а взвешиваются...». Весьма точным представляется мнение W. Lawrence: «Аппендицит никогда не жалуется: он или пронзительно кричит, или остается безмолвным». В литературе описано более 200 симптомов и синдромов, несущих ту или иную информацию о наличии воспалительного процесса в аппендиксе. Следует согласиться с мнением В.И. Русакова: «Знание всех этих симптомов не только не нужно, но и вредно. Большинство из них не имеет никакого значения и лишь запутывает мышление врача и задерживает время окончательного вывода о диагнозе и лечении». На наш взгляд, вполне достаточно провести проверку 5-7 симптомов. У каждого хирурга имеются излюбленные симптомы, последовательность их обнаружения и качественная оценка их значимости. Но имеется ряд симптомов, которые представляют наибольшую клиническую ценность в диагностике данного заболевания. Оценка опорных симптомов острого аппендицита крайне важна как для только начинающих самостоятельный профессиональный путь врачей, так и опытных хирургов. Материалы и методы. Дизайн исследования представлен анализом литературных данных встречаемости наиболее достоверных симптомов острого аппендицита. Выполнена проверка данных симптомов в реальной клинической практике и сравнение их с морфологическим состоянием аппендикса во время операции. Полученные результаты и обсуждение. Основным проявлением острого аппендицита становится триада клинических признаков: локальная болезненность, локальное напряжение мышц брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины – триада Дьелафуа. Локальная пассивная мышечная ригидность (дефанс) в сочетании с локальной болезненностью в правой подвздошной области выявляется у 86-100% случаев острого аппендицита. Дефанс отмечается в 48,2% случаев острого аппендицита: катарального – 37,8%, флегмонозном – 56,4%, гангренозном – 71,6%. К наиболее достоверным симптомам раздражения брюшины при остром аппендиците следует относить следующие: - симптом Щеткина-Блюмберга или симптом «отраженной болезненности» (rebound tenderness) – резкое усиление болезненности при внезапном быстром «отрыве» руки от брюшной стенки при глубокой пальпации. Степень выраженности этого симптома зависит от анатомической локализации аппендикса и распространенностью воспалительного процесса. При остром аппендиците он положительный в 60,7%-93,6% случаев: катаральном – 84,5%, флегмонозном и гангренозном – 100%. - симптом Ровсинга - пальцами одной руки врач нажимает на брюшную стенку в левой подвздошной области (слева внизу живота) в проекции нисходящей части толстой кишки. Другой рукой осуществляются толчкообразные надавливания чуть выше по ходу проекции кишки. При положительном симптоме появляется боль в проекции червеобразного отростка в правой подвздошной области. Частота

встречаемости при остром аппендиците 23,8%-93,6%: катаральном – 20,4%, флегмонозном – 56,2%, гангренозном – 82,3%. - симптом Раздольского – появление боли, возникающей при легкой перкуссии кончиком пальцев по передней брюшной стенке в точке Мак-Бернея. Частота встречаемости при остром аппендиците 90,7%-92,6%: катаральном – 56,4%, флегмонозном – 68,2%, гангренозном – 84,7%. - симптом Бартомье-Михельсона - усиление болезненности при пальпации слепой кишки в положении больного на левом боку. Частота встречаемости при остром аппендиците: 10,1%-22,4%: катаральном – 16,3%, флегмонозном – 28,7%, гангренозном – 64,2%. - симптом Воскресенского или симптом «рубашки» - через натянутую рубашку пациента быстро производят скользящее движение рукой вдоль передней брюшной стенки от реберной дуги до пупартовой связки и обратно. Это движение производят попеременно сначала слева, затем справа. При этом происходит появление или усиление болезненности в правой подвздошной области. Частота встречаемости при остром аппендиците: 51,8%-93,6%: катаральном – 25,1%, флегмонозном – 68,2%, гангренозном – 72,8%. - симптом Кушниренко или «кашлевого толчка» - появление или усиление боли в правой подвздошной области при кашле. Частота встречаемости при остром аппендиците 60,8%-95,4%: катаральном – 86,5%, флегмонозном – 77,3%, гангренозном – 98,4%. Интраоперационно у 120 пациентов в возрасте 17-68 лет (средний возраст $34,5 \pm 2,3$), оперированных по поводу острого аппендицита, деструктивные формы острого аппендицита выявлены в 86,4% случаев: флегмонозный - 82,3%, гангренозный – 4,1%. В изучаемой группе пациентов аппендикс располагался типично интраперитонеально. В 13,6% случаев при положительных симптомах острого аппендицита интраоперационно выявлена катаральная форма воспаления червеобразного отростка, в 86,4% изменения в аппендиксе носили деструктивный характер. При определении показаний к операции при изучении локального статуса устанавливались признаки «аппендикулярной» триады. При определении симптомов раздражения брюшины наиболее часто выявлялись симптомы: Щеткина-Блюмберга, Кушниренко, Раздольского. В 96,2-98,7% пациентов с деструктивными формами острого аппендицита при изучении анамнеза был выявлен симптом Волковича-Кохера (Кохера) - боль первоначально возникает в эпигастральной области, иногда непосредственно под мечевидным отростком или около пупка и спустя 2-3 часа сосредотачивается (спускается) в правой подвздошной области. Частота его встречаемости при катаральном аппендиците – 92,4%, флегмонозном – 96,3%, гангренозном – 98,7%. Выводы. Поскольку единственным методом лечения острого аппендицита является оперативное вмешательство в объеме аппендэктомии, определяющее значение имеет правильная диагностика данного заболевания. Значимость сочетания нескольких симптомов обретает решающее значение лишь при оценке их в комплексе с жалобами пациента, анамнезом развития заболевания, где нет главного и второстепенного: есть единое целое – правильная качественная оценка. Несмотря на то, что в большинстве случаев клиническая диагностика острого аппендицита не представляет значительных трудностей, представляется целесообразным выделение опорных симптомов острого аппендицита, которые позволяют с большой степенью вероятности поставить правильный клинический диагноз. К числу опорных симптомов острого аппендицита следует относить симптом Волковича-Кохера, Щеткина-Блюмберга, Кушниренко, Раздольского. Рекомендации. Акцентировать внимание на опорные симптомы острого аппендицита при обучении студентов медицинских вузов и курсантов хирургического профиля. Внести указанные опорные симптомы в раздел алгоритма обследования пациентов с острым аппендицитом Национальных клинических рекомендаций.

94. СПОСОБ ПАНКРЕАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Морозов С.В., Лобаков А.И., Круглов Е.Е., Добромыслов Е.Н.

Москва

Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского

Актуальность. Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) после резекционных вмешательств на поджелудочной железе достигает 50%, а при малоизмененной паренхиме - 77,4%, и имеет более тяжелое течение, что обусловлено сочетанием некроза её культи с несостоятельностью анастомоза. Развитие ОПП обусловлено мягкой консистенцией паренхимы, интраоперационной травмой и нарушением кровоснабжения культи железы. Для профилактики несостоятельности панкреатикоюноанастомоза применяют различные виды анастомозов «конец в бок» по типу «проток - слизистая». Их недостатками является двухрядный шов, повышающий травматичность и ишемию культи железы. С целью устранения этих недостатков авторами разработан способ, уменьшающий травму и ишемию культи железы, вследствие минимального использования шовного материала и соблюдения технологии шва по типу «проток - слизистая». Материалы и методы. При реконструктивном этапе панкреатодуоденальной резекции, на выделенной по Ру петле тонкой кишки выполняется отверстие с помощью диатермокоагулятора, которое соответствует диаметру протока по линии резекции поджелудочной железы. В соответствии со стандартизацией, разработанной на основе соглашения международной группы экспертов классификации культи железы, проток должен относиться к типу 2, т.е. иметь диаметр 3-8мм, а ткань железы может относиться как к типу А, так и В [12], т.е., может быть, как мягкой, так и плотной, фиброзно измененной. Перед формированием панкреатикоюноанастомоза, поперечный срез железы и прокол в тонкой кишке, условно делятся на 3 равные части, условных треугольников, одной из вершин которых является проток железы и отверстие в кишке, соответственно, а другие вершины соответствуют 4-м, 8-ми и 12-ти часам условного циферблата. Формирование анастомоза осуществляется путем проведения трех нитей по окружности культи поджелудочной железы через точки, соответствующие 4-м, 8-ми и 12-ти часам условного циферблата, в определенной последовательности «паренхима-проток-кишка-проток-паренхима» и соблюдением технологии шва по типу «проток - слизистая». При этом каждую нить проводят через вколы на паренхиме культи, затем через стенку протока с последующим захватом стенки тонкой кишки, а выколы проводят через точку близкую к соответствующему вколу на протоке, а затем через паренхиму культи поджелудочной железы смежной точки условного циферблата. Вколы и выколы на паренхиме железы осуществляются отступя 1см от края резекции. Далее выполняется натяжение концов противоположных нитей и последовательное их связывание с достаточным, для обеспечения герметизации анастомоза, усилием: концов 1-й и 2-й нитей на 4-х часах, затем 1-й и 3-й на 8-

ми часах, 2-й и 3-й на 12-ти часах. Результаты. Разработанный способ панкреатикоюноанастомоза применен у 10-ти больных при реконструктивном этапе панкреатодуоденальной резекции по поводу рака головки поджелудочной железы. Анастомоз формировался за 5-6 минут. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Клинических и лабораторных признаков острого послеоперационного панкреатита и несостоятельности панкреатикоюноанастомоза не отмечено. При контрольном УЗИ на 7-10-е сутки после операции, жидкостных образований в зоне культи поджелудочной железы не обнаружено. Заключение. Разработанный способ панкреатикоюноанастомоза обеспечивает минимальную травму железы, вследствие использования всего 3-х швов, упрощает технику и сокращает время формирования соустья. Способ может быть применен при любой плотности паренхимы поджелудочной железы.

95. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ КАК МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА

Маады А.С., Тюрбеев Б.Ц., Алексеев К.И., Осипов А.С., Ветшев П.С.

Москва

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

Актуальность: в современной медицине эндоскопические методы стали неотъемлемой частью диагностических и лечебных вмешательств на органах панкреатобилиарной зоны. К ним можно в первую очередь можно отнести эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию (ЭРХПГ) и эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Использование прямых рентгеноконтрастных исследований позволило с высокой точностью определить локализацию и характер поражения протоков панкреатобилиарной зоны. Помимо диагностической ценности, ЭРХПГ и ЭПСТ приобретают все большее значение как метод лечения ЖКБ, острого и хронического панкреатита, патологии БДС. Как и любое технически сложное хирургическое мероприятие эндоскопическому дренированию желчных протоков в ряде случаев сопутствуют осложнения. Острый постманипуляционный панкреатит (ОПП) одно из таких осложнений, которое развивается в 5 – 10 % случаев, из них частота развития панкреонекроза, составляет 0,1 – 0,5%. Совершенствование методов и тактики ведения пациентов с ОПП позволило внедрять в практику миниинвазивные методы дренирования панкреатического протока (ПП). Эндоскопическое стентирование ПП пластиковыми стентами является альтернативным методом профилактики и комплексного лечения ОПП. Материалы и методы: ретроспективно изучены результаты лечения развившегося ОПП 35-ти пациентов, которым выполнено стентирование ПП, из них 10-ти пациентам применено панкреатическое стентирование как профилактическая мера и 25-ти пациентам как лечебная. При развившемся панкреатите после ЭРХПГ стентирование проводилось в первые – вторые сутки после первичного вмешательства, при этом

рестентирование ПП применялось 7-ми пациентам в связи с несостоятельностью стента. Критериями исключения были пациенты с опухолевой этиологией обструкции желчевыводящих путей и с хроническим рецидивирующим панкреатитом. Нами были применены прямые или изогнутые стенты диаметром 3–5 Fr, длиной 4–6 см, с односторонними фиксаторами на кишечной части стента. При этом пациентам в первые 4-6, 8-12, 24, 48 и 72 часа оценивалась динамика амилаземии и липаземии. Результаты исследования: Уровень амилазы и липазы крови при развившемся ОПП у пациентов со стентированием ПП как лечебной меры при начальных цифрах липазы 3514 ± 458 ед. и амилазы 2123 ± 256 ед. резко снижался уже на 1-е сутки до 732 ± 178 ед. и 467 ± 146 ед. соответственно. У пациентов, которым применено профилактическое стентирование ПП цифры показателей крови повышались до 632 ± 189 ед. амилазы и 814 ± 152 ед. липазы. Стоит отметить, что количество дней пребывания в отделении реанимации у пациентов, которым применялось стентирование ПП сокращалось до 1- 2 суток. После купирования острого панкреатита стенты удалялись в течение 3-х суток – 2-х недель. В 8-ми случаях отмечалась дистальная миграция стента. Этот факт мы расценивали как положительный. В одном случае была проксимальная миграция стента, в просвет ПП, что является осложнением. Стент был извлечен корзинкой Dormia, при этом в течение 3-х суток уже после извлечения у пациентки была клиника болей в эпигастрии, сопровождавшихся амилаземией. Заключение: панкреатическое стентирование является эффективным методом профилактики и лечения острого панкреатита после эндоскопических вмешательств на БДС. В качестве профилактики ОПП рекомендуем применять метод при наличии или сочетании факторов риска осложнений; в качестве лечения метод необходимо применять в экстренном порядке в 1-е сутки после развития ОПП.

96. ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Артюхов С.В.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ "Александровская больница"

Введение. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости (ОКН) особенно трудна у больных с сопутствующими хроническими психическими заболеваниями (ХПЗ). У этих больных наблюдаются функциональные и морфологические поражения толстой кишки, на фоне приёма психотропных препаратов развивается парез кишечника. Цель. Анализ клинического течения ОКН у больных с ХПЗ, оптимизация диагностики и лечебной тактики. Материал и методы. Проведён анализ клинических случаев 93 больных, страдающих сочетанием ХПЗ и ОКН. Всем пациентам выполнялось стандартное обследование по требованиям МКБ – 10 и МЭС, полученные данные обработаны статистически. Результаты.

Большинство пациентов были мужского пола (71%) и старше 40 лет (74%). После 24 часов поступили 69 больных, через 48 часов - 24 пациента. Сроки госпитализации нельзя назвать удовлетворительными. Учитывая тяжесть состояния, трудности при сборе анамнеза, были сложности в диагностике. Тяжесть состояния была обусловлена интоксикацией, обезвоживанием. Например отрицательное ЦВД выявлено у 86 больных, преренальная анурия у 56 пациентов. Клинические проявления ОКН у больных с ХПЗ имели отличия. Умеренные боли в животе отмечали только 47 больных, «илеусный крик» был у 1 больного. Чувство жажды и сухость языка отмечена у всех больных. Вздутие живота и шум плеска отмечены у всех пациентов. Перистальтика резко угнетена. Рвота на догоспитальном этапе наблюдалась у 18 пациентов. Задержка стула и газов фигурировала у всех больных. Учитывая часто наблюдаемое нарушение пассажа по кишке у больных с ХПЗ, мы считаем нецелесообразным проведение бариевой пробы Шварца, поскольку результаты, как при механической, так и функциональной непроходимости оказались одинаковыми и не разрешали дифференциально-диагностические задачи. Лапароскопические вмешательства выполнены у 91 больного, у 2, из-за наличия тяжелой сопутствующей патологии, выполнена лапаротомия. Доступ при лапароскопических вмешательствах всегда осуществляли по Хассену. У 11 больных при лапароскопии отмечалось равномерное расширение тонкой и толстой кишки на всём протяжении. У 24 пациентов удалось устранить спаечную кишечную непроходимость лапароскопическим доступом. У 5 больных причиной кишечной непроходимости явился заворот сигмы на 270 - 360 градусов. У всех пациентов удалось выполнить деторсию сигмы и устранить непроходимость. У 8 больных имелась странгуляционная тонкокишечная непроходимость, потребовавшая резекции и интубации тонкой кишки. У 17 пациентов причиной непроходимости явился стенозирующий рак левых отделов ободочной кишки. Во всех случаях удалось визуализировать опухоль во время лапароскопии. Всем пациентам выполнена лапароскопически ассистированная двуствольная колостомия на 20 - 25 см выше опухоли. Через 8-11 дней 15 пациентам выполнена радикальная операция. Послеоперационные осложнения развились у 32 больных. Общая летальность составила 10,8%. Выводы. У 12% больных с ХПЗ кишечная непроходимость носит функциональный характер. Достоверно исключить отсутствие механического препятствия позволяет только лапароскопия. Проведение бариевой пробы Шварца у больных с ХПЗ не решает дифференциально – диагностической задачи. У 49,5% больных с острой кишечной непроходимостью причину удастся устранить лапароскопическим доступом. При опухолевой обструкции выполнение лапароскопически ассистированной колостомии позволяет избежать длительное носительство колостом у больных.

**97.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Артюхов С.В.

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ "Александровская больница"

Введение. Сочетание острого хирургического и хронического психического заболеваний, как и любая сочетанная патология, представляет значительные трудности в диагностике и тактике лечения в до- и послеоперационном периодах. Цель. Выявить особенности протекания заболеваний, оптимизировать диагностический поиск и лечебный процесс. Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 151 больного, страдающего сочетанием хронического психического заболевания (ХПЗ) и любым из острых заболеваний, входящих в группу «острый живот». Контрольную группу составили 302 больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости без психического заболевания. Результаты. Из общего количества больных у 379 пациентов выполнено оперативное лечение, при этом среди 151 больных основной группы оперировано 114 (75,5 %), а среди 302 больных контрольной группы оперативное вмешательство выполнено у 265 (87,7 %). В первые 6 часов с момента поступления оперированы менее половины больных (48 %) острым аппендицитом и хроническими психически заболеваниями. Из 123 больных острым холециститом оперировано 83 (67,5 %) больных, при этом в основной группе оперировано 61,9 %, а в контрольной группе 68,6 % от числа больных, поступивших с острым воспалением желчного пузыря. Из 34 больных прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (31 или 88,6 %) оперированы в сроки до 6 часов от момента поступления в стационар, из них 94,1 % были в основной группе и 83,3 % пациентов в контрольной группе. Все оперативные вмешательства начинали с диагностической лапароскопии. По поводу ущемленных грыж оперировано 48 больных, в том числе 14 больных основной и 34 больных контрольной группы. Основная масса больных в обеих группах оперирована в сроки до 6 часов – 100 % в основной группе и 76,5 % в контрольной группе. В сроки менее трех часов оперированы 64,3 % больных в основной и 32,4 % больных в контрольной группе. В контрольной группе 8 больных оперированы позже 6 часов, в том числе 5 пациентов были оперированы после 24 часов. Из 63 больных острой кишечной непроходимостью хирургическое лечение выполнено у 34 больных (54,0 %), в том числе у 19 больных (39,6 %) основной группы и 15 пациентов (100 %) контрольной группы. Основная масса больных в обеих группах оперирована в сроки до 24 часов: 73,7 % больных основной группы и 66,6 % пациентов контрольной группы. В сроки до 6 часов выполнены операции 5 больным (26,3%) основной группы и 6 пациентам (40,0%) контрольной группы. Позже 24 часов оперировано по пять человек в каждой группе, что составляет 26,3 % и 33,4 % соответственно. Под нашим наблюдением находилось 53 больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями, из них 26 больных были основной группы и 27 пациентов контрольной группы. Все больные хроническими психическими заболеваниями и язвенным желудочно-кишечным кровотечением оперированы в сроки до 6 часов от момента поступления, так как у них при поступлении кровотечение носило либо продолжающийся характер, либо был неустойчивый гемостаз. Выводы. На результат диагностики и лечения

оказывают влияние позднее обращение за медицинской помощью, наличие осложненных стадий, трудности сбора жалоб и анамнеза, отсутствие характерных симптомов, длительное бессимптомное течение. В диагностике имеются трудности из-за особенностей клинической картины и течения заболевания, наличия социального компонента. Улучшение результатов может быть достигнуто за счет широкого внедрения в экстренную хирургию новых принципов и методов диагностической и лечебной эндоскопии и эндовидеохирургии.

98. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА У БОЛЬНЫХ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБОЗАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Долгополов В.В., Торба А.В., Долгополова Е.В., Сумишевский Э.В.

Луганск

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» ЛНР

Актуальность проблемы. Острые тромбозы в системе нижней полой вены являются одними из наиболее распространенных сосудистых заболеваний [Савельев В.С. 2015], и представляют собой серьезную опасность как потенциальный источник одного из тяжелейших осложнений, каковым является тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) [Покровский А.В. 2016, Российский консенсус, 2015]. Основным методом профилактики и лечения венозных тромбоэмболических осложнений является антикоагулянтная и тромболитическая терапия. Длительное консервативное лечение не всегда останавливает тромбообразование и результатом её могут быть тромбоэмболические осложнения. Вместе с тем, среди лиц с указанными осложнениями примерно 10% нуждаются в их инвазивной профилактике [Greenfield L.J. 1991]. Однако, несмотря на существование значительного количества способов инвазивной профилактики и лечения различных вариантов флеботромбоза и ТЭЛА, до настоящего времени нет общепринятых алгоритмов обследования, и самое главное актуальной проблемой остается вопрос выбора показаний к хирургическому лечению и профилактике ТЭЛА больных с флотирующими тромбозами магистральных вен инфраингвинальной зоны. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с флотирующими тромбозами магистральных вен нижних конечностей. Материал и методы. Представленная работа основана на анализе обследования и результатов лечения 104 пациентов с флотирующими тромбозами магистральных вен нижних конечностей, в период с 2000 по 2016 гг. в отделении сердечно-сосудистой хирургии сосудов Луганской Республиканской клинической больницы и отделении хирургии Городской больницы №1 г. Луганска. Мужчин составило 46 (44,2%), женщин 58 (55,8%). Возраст пациентов варьировал от 37 до 84 лет. Из общего числа больных левосторонняя локализация тромботического процесса наблюдалась у 45 (%) пациентов, правосторонняя - у 57 (50,7%) пациентов, ещё у 2 (2,8%) пациентов наблюдалась двухстороннее поражение. Клинический метод исследования включал: сбор жалоб больных, анамнеза заболевания, оценка локального статуса, анализ

объективных данных, проведение диагностических проб, а также проведение инструментальных методов исследования. При оценке локального статуса обращалось внимание на степень отека нижней конечности по сравнению с контралатеральной в симметричных точках, его преходящий или постоянный уровень и топографическую локализацию (голень, бедро); локальное повышение кожной температуры; гиперемия кожи в области проекции подкожных вен, цианоз конечности; наличие болей распирающего характера по ходу сосудистого пучка, При диагностике использованы пробы Хоманса и Мозеса. Всем больным проводилось дуплексное сканирование вен нижних конечностей. В зависимости от тактики лечения пациенты были разделены на 2 группы: I группа - состояла из 49 (47,1%) больных, которым проведена консервативная терапия, согласно рекомендаций экспертов по флебологии (Российский консенсус, 2015) II группа - состояла из 55 (52,9%) больных, которым проведено хирургическое лечение различными методами: кроссэктомия (27,3%), кроссэктомия + комбинированная флебэктомия (18,1%), кроссэктомия + тромбэктомия из ОБВ и из СПС (9,1%), перевязка ПБВ (25,5%), тромбэктомия из ОБВ + перевязка ПБВ (12,7%), тромбэктомия из ОБВ + пликация ПБВ (7,3%). Обсуждение полученных результатов. Анализ данных ультразвуковых методов диагностики показал следующую локализацию тромбов: большая подкожная вена 50 (48,1%), малая подкожная вена 6 (5,8%), общая бедренная вена 15 (14,4%), поверхностная бедренная вена 11 (10,6%), подколенная вена 14 (13,5%), берцовые вены 8 (7,7%) пациентов. Задачей ультразвуковой диагностики является определение характера проксимальной части тромба, идентификация основных видов тромбозов и опасность легочной эмболии. В результате исследования у 98 (94,2%) пациентов обнаружен флотирующий и у 6 (5,8%) - пристеночный тромб. Сравнительный анализ результатов лечения проводился по следующим параметрам: рецидив тромбоэмболии легочной артерии в период стационарного лечения; нарастание тромбоза; количество рецидивов ТЭЛА в отдаленном периоде; развитие тромбоза и ретромбоза в отдаленном периоде. Анализируя количество рецидивов тромбоэмболии легочной артерии в период стационарного лечения необходимо отметить, что хирургические методы лечения являются более надежным методом профилактики ТЭЛА по сравнению с консервативными методами лечения. Анализируя данные видно, что на фоне консервативной терапии у больных 1 группы наблюдалось нарастание тромботического процесса (в системе поверхностных вен у 7(14,3%) пациентов; в системе глубоких вен у 3(6,1%) пациентов). В то время как после хирургического лечения у больных прогрессирование тромботического процесса не наблюдалось. Отдаленные результаты лечения больных, которым производилась профилактика тромбоэмболии легочной артерии, прослежены более чем у 50% пациентов. Как показал сравнительный анализ, количество рецидивов тромбоэмболии легочной артерии в отдаленном периоде гораздо ниже после хирургического метода лечения. При сравнении показателя частоты возникновения ТЭЛА в отдаленном периоде получены достоверно лучшие результаты в группе, где применялись хирургические методы лечения. Достоверно меньше рецидива легочной эмболии было в 2 группе ($p < 0,05$), в 1 группе было больше тромбоэмболических осложнений (ТЭЛА). Анализ полученных данных свидетельствует о том, что после консервативного лечения чаще развивается ретромбоз, по сравнению с хирургическими методами лечения. И если больные с эмболоопасными тромбозами после оперативных методов лечения защищены от легочной эмболии из магистральных вен инфраингвинальной зоны, то больные после консервативных методов этой защиты не имеют. Кроме того необходимо отметить: что больные после кроссэктомии

защищены от эмболии из ствола БПВ и МПВ, однако у них остается опасность возможности эмболии через несостоятельные перфорантные вены в глубокую венозную систему (вены голени). По этому данной группе пациентов необходимо динамическое ультразвуковое наблюдение не реже 2 раза в год. Выводы и рекомендации. 1. Ультразвуковое дуплексное сканирование является оптимальным и достаточным методом диагностики для определения лечебной тактики больных с тромбозами магистральных вен нижних конечностей. 2. Основными показаниями, определяющими необходимость применения хирургического метода лечения и профилактики ТЭЛА являются: наличие флотирующего тромба в бедренной, подколенной и в берцовых венах независимо от размера; прогрессирующий рост пристеночного тромба в проксимальном направлении с трансформацией проксимальной части его во флотирующую на фоне адекватной консервативной терапии; наличие противопоказаний к антикоагулянтной терапии или невозможности её проведения. 3. Хирургические методы лечения (кроссэктомия, кроссэктомия + комбинированная флебэктомия, кроссэктомия + тромбэктомия из сафенофemorального соустья, перевязка поверхностной бедренной вены, тромбэктомия из общей бедренной вены, тромбэктомия из общей бедренной вены + пликация поверхностной бедренной вены) являются радикальными способами предупреждения ТЭЛА и ее рецидивов у больных с флотирующими флеботромбозами магистральных вен нижних конечностей.

99. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Эктов В.Н.(1), Минаков О.Е.(1), Попов Р.В.(2), Куркин А.В.(2), Музальков В.А.(2)

Воронеж

- 1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,
- 2) Воронежская областная клиническая больница №1

Актуальность. Среди осложнений рака толстой кишки ведущее место занимает обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН). ОТКН составляет 85% всех неотложных состояний, связанных с патологией ободочной кишки и развивается у 15-40% больных опухолями толстой кишки. Совершенствование хирургической тактики существенным образом не повлияло на показатели послеоперационной летальности при лечении ОТКН, достигающие 40%. Цель работы: рассмотреть варианты хирургической тактики и изучить непосредственные результаты лечения обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии на этапе специализированной колопроктологической помощи. Материалы и методы. В основу ретроспективного исследования положены наблюдения за 266 больными с ОТКН, которые период с 1988 по 2004 год находились на лечении в колопроктологическом отделении Воронежской областной клинической больницы №1. Всего за этот же период в отделение поступило 727 больных с опухолями толстой кишки,

таким образом, обтурационное нарушение проходимости толстой кишки было выявлено у 36,5% больных. У 67 (26,2%) больных обтурирующая опухоль располагалась в правой половине толстой кишки, у 189 (73,8%) больных - в левой половине. При хирургическом лечении ОТКН радикальные оперативные вмешательства выполнены 170 (63,9%) больным, среди данной группы пациентов в 68 случаях использовалось наложение различных вариантов первичных межкишечных анастомозов. При локализации опухолевого процесса в левой половине ободочной кишки достоверно чаще выполнялись радикальные операции без наложения анастомоза, при правостороннем расположении опухоли чаще радикальные хирургические вмешательства завершались формированием первичного анастомоза.

Результаты и обсуждения. После хирургических вмешательств по поводу ОТКН различные послеоперационные осложнения развились у 80 (30,1%) больных: при локализации опухоли в правой половине толстой кишки – у 19 (28,4%) больных, при локализации в левой половине – у 61 (30,7%). После операций по поводу ОТКН умерло 39(14,7%) больных. Ведущее место среди причин послеоперационной летальности занимали гнойные абдоминальные осложнения. Выявлено существенное повышение летальности в группах больных с суб- и декомпенсированными стадиями ОТКН, тогда как при компенсированных стадиях непроходимости послеоперационная летальность практически не отличалась от аналогичных показателей при лечении неосложненных форм рака толстой кишки. Послеоперационная летальность после выполнения радикальных хирургических вмешательств составила 10,6%, после паллиативных операций – 21,9% ($P < 0,03$). В группах оперированных больных после различных типов радикальных хирургических вмешательств – с наложением и без наложения межкишечного анастомоза – не выявлено статистически значимых различий в показателях послеоперационной летальности – соответственно 8,8% и 11,8%. Выводы. При благоприятной клинической ситуации на этапе специализированной колопроктологической помощи основу хирургического лечения ОТКН должны составлять радикальные оперативные вмешательства, направленные на удаление опухоли во время первого экстренного этапа лечения. Наш опыт показывает, что в условиях специализированных стационаров после тщательной оценки операционного риска возможно применение сегментарных резекций толстой кишки с наложением первичного анастомоза, при левосторонней локализации опухоли - с обязательным использованием интраоперационного лаважа кишечника. Данная тактика способствует повышению результативности хирургических вмешательств и обеспечивает раннюю реабилитацию оперированных больных.

100.КЛАПАННАЯ ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Волков А.Н., Арсютов В.П., Мизуров Н.А., Краснов Г.Н., Илларионова О.Г.

Чебоксары

ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова»

Актуальность проблемы. Как известно, клапаны пищеварительной системы обеспечивают регламент пищеварения. При нарушении их функции развиваются различные расстройства пищеварения. Из-за функционирования неклапанных соустьев (билиодигестивных, гастроэнтеральных, панкреатикоэнтеральных, илеотрансверзоанастомозов) в послеоперационном периоде развивается ряд осложнений, резко снижающих качество жизни больных. Имея это в виду, в клинике решено разработать клапанные операции и ввести их в клиническую практику. Целью работы явилось разработка клапанных билиодигестивных, панкреатикоэнтеральных, желудочно-кишечных, илеотрансверзоанастомозов. Материал, методы, результаты. Работа основана на анализе историй болезни 709 больных, перенесших различные операции на органах пищеварения. Резекции желудка завершались формированием поперечного клапанного гастроюнального соустья по Я.Д. Витебскому в модификации клиники факультетской хирургии ЧГУ им. И.Н. Ульянова. У всех оперированных больных получены хорошие и удовлетворительные результаты. В отдаленные сроки ни у кого из них не наблюдались пострезекционные синдромы, как пептическая язва анастомоза, демпинг-синдром и рефлюкс-гастрит. При протяженном стенозе терминального отдела холедоха формировали клапанный анастомоз между ним и двенадцатиперстной кишкой (ДПК). Он выполнялся следующим образом: ДПК на уровне холедоха вскрывался полуовальным разрезом, основанием направленным в оральную сторону. Таким образом создается клапан, который при прохождении химуса по кишке прижимается к ее верхней стенке, тем самым закрывая желчный проток, а желчь пропускает он свободно, отходя в просвет кишки. Оперировано 7 больных. При контрастной дуоденографии ни у одного больного контраст не попадал в желчные пути. Отдаленные результаты у всех больных хорошие. При формировании неклапанного соустья контраст попадал в желчные пути. Больные в отдаленные сроки жаловались на боли в правом подреберье. При стенозе большого дуоденального сосочка (БДС) также произведено клапанное соустье: склерозированные ткани рассекались только после отделения слизистой от верхней стенки сосочка, которая функционировала как клапан, закрывая соустье при прохождении химуса по ДПК и открываясь для тока желчи. Такая операция выполнена 47 больным и проведены сравнительные исследования с неклапанным соустьем. Оно проведено 43 пациентам. После клапанной операции больные жалоб не предъявляют, в то время как после вмешательств без формирования клапана - жалуются на периодические боли в правом подреберье. Правосторонние гемиколэктомии по поводу рака (23 больных) и множественных кишечных свищей (17 пациентов) завершилась формированием клапанного илеотрансверзоанастомоза у 22 пациентов по Я.Д. Витебскому. У пяти больных при раке проксимальной трети поперечной ободочной кишки выполнена правосторонняя гемиколэктомия с сохранением илеоцекального клапана и формированием цекотрасверзоанастомоза. Непосредственные и отдаленные результаты после клапанных операций хорошие. У 13 пациентов, которым произведены неклапанные операции, были жалобы на урчание в животе, боли, жидкий стул.

В последнее десятилетие и панкреатодуоденальные резекции (ПДР) по поводу периапулярных раковых опухолей мы также завершаем формированием клапанных билио- и панкреатодигестивных соустьев. Если клапанные холедохоеюнальные анастомозы мы формируем погружением в кишку дистального конца общего желчного протока длиной до 1,5-2 см, то панкреатикоеюнальные – главного протока ПЖ на глубину 1 см. Межкишечные соустья также формировались поперечные. Гастроэнтеральные тоже образовывались поперечные, клапанные. С формированием клапанных соустьев выполнено 15 ПДР. Из 15 больных ни один не умер. На 13 ПДР с образованием неклапанных анастомозов в раннем послеоперационном периоде у 3 больных развились осложнения: у двоих - некротический панкреатит и панкреатический свищ, у одного - панкреатический свищ. Двое из них умерли от перитонита. При панкреатических свищах и кистах формируем не только цисто-, фистулоэнтероанастомоз на петле по Ру (59 больных), но и при возможности завершаем операцию созданием клапанного соустья (в основном при свищах), погружая в тонкую кишку либо культю главного протока ПЖ (5 пациентов), либо свищевого хода, пересеченного прямо у его начала (9 больных). Вывод. Таким образом, внедрением в клиническую практику при операциях на желудочно-кишечном тракте клапанных арефлюксных анастомозов мы добились снижения послеоперационных осложнений, летальности и повышения качества жизни больных в отдаленные сроки.

101.ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА КОРРЕКЦИЕЙ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Волков А.Н. (1), Арсютов В.П. (1), Мизуров Н. А. (1), Ворончихин В.В. (2),
Краснов Г.Н. (1), Илларионова О.Г. (1)*

Чебоксары

- 1) ФГБОУ ВО "ЧГУ им. И.Н. Ульянова"
- 2) БУ "Республиканская клиническая больница" Минздрава Чувашии

Актуальность проблемы. Любая оптимизация лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП), в том числе и коррекция тромбогеморрагического синдрома (ТГС), является актуальной задачей. ТГС считается одним из первых и основных клинико-лабораторных проявлений ОДП. На первых порах заболевания он проявляется гиперкоагуляцией, которую, с одной стороны, можно считать положительной и саногенной реакцией, так как выпадение фибрина способствует ограничению некроза в поджелудочной железе (ПЖ) и созданию матрицы для развития в последующем 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 усиленная агрегация клеток и спазм капилляров вследствие блокады NO – продукции и процессов распада. Имея это в виду, с первых дней лечение ОДП должно

быть направлено на минимизацию отрицательных влияний ТГС. Целью работы явилась попытка оптимизации общепринятого стандартного лечения ОДП активной коррекцией ТГС. Материал и методы. Работа выполнена на анализе историй болезни 225 больных с ОДП, из которых 118 пациентам проводилась общепринятая стандартная терапия, а 107 она усиливалась коррекцией ТГС. Как только устанавливается диагноз ОДП, предвидя развитие ТГС, мы назначаем реологически активные кровезаменители (реополиглюкин), сочетая с антиагрегантами (олифен, дипиридамол) и препаратами, улучшающими микроциркуляцию и воздействующими на деформируемость клеток крови (трентал, агапурин). Считали обязательным и назначение малых доз гепарина (10 тыс. ЕД/сут). При тяжелом течении заболевания дозу гепарина увеличивали до 25 тыс. ЕД/сут. Следует подчеркнуть, что доза гепарина должна быть адаптирована к развившейся ситуации с тем, чтобы создать управляемую гипокоагуляцию. Нет сомнений в том, что патологические процессы в ПЖ при ОДП инициируются ДВС-синдромом, при этом пул коагулянтов и антикоагулянтов с течением времени истощается, из-за чего гиперкоагуляция переходит в коагулопатию потребления. А это в свою очередь заставляет менять приоритеты в терапии, так как лечение гепарином уже неэффективно. Терапия должна быть направлена на стабилизацию гемодинамики (без декстранов!), инфузионную коррекцию метаболического ацидоза, переливание нативной плазмы, криопреципитата, фибриногена, тромбоцитарной массы. Но тем не менее, считаем, что все же следует вводить небольшие дозы гепарина (7-10 тыс. ЕД/сут) и большие дозы антипротеаз. Также эффективны плазмаферез, плазмосорбция и ультрафильтрация. В последнее время одновременно с вышеуказанным лечением с целью усиления терапии ОДП мы успешно применяем озонированные физиологические растворы хлорида натрия. Результаты. Пока воздерживаемся от серьезных выводов, так как имеем небольшое число наблюдений. Однако, несмотря на это, все же с осторожностью можем сказать, что благодаря именно комплексной терапии ОДП, усиленной коррекцией ТГС и озонированными растворами, нам удалось значительно улучшить результаты. Так, снижение гнойных осложнений от 74,5% до 18,7% и летальности от 33,9% до 7,5% мы во многом объясняем оптимизацией лечения ОДП и коррекцией ТГС по нашей методике.

102. ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

*Карпов О.Э.(1), Ветшев П.С.(1), Маады А.С.(1), Васильев И.В.(1),
Шишин К.В.(2), Недолужко И.Ю. (2)*

Москва

- 1) ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н. И. Пирогова» Минздрава России
- 2) ГБУЗ «Московский Клинический Научно-практический Центр им. А.С. Логинава» департамента здравоохранения города Москвы

Ахалазия кардии (АК) – нервно-мышечное заболевание, характеризующееся стойким нарушением релаксации нижнего пищеводного сфинктера (НПС) в ответ на акт глотания, с дискоординацией перистальтических сокращений и развитием функциональной непроходимости пищевода. АК составляет до 21% среди всех хирургических заболеваний пищевода, уступая по частоте онкологическим поражениям, рубцовым стриктурам и грыжам пищеводного отверстия диафрагмы. Представления об этиологии и патогенезе до конца четко не ясны, вследствие чего не разработан оптимальный метод лечения. Эндоскопическое лечение АК направлено на растяжение или разрушение мышечного каркаса НПС, способствующее восстановлению естественного пассажа пищи. Цель исследования: оценить результаты лечения больных АК на основе дифференцированного применения миниинвазивных инновационных эндоскопических технологий. Исследование актуально в связи с внедрением нового миниинвазивного способа - пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) и отсутствием сравнительного анализа ПОЭМ с традиционными эндоскопическими методами. Материалы и методы: с 2011 по 2016 годы проведен анализ результатов лечения 85 больных (36 мужчин и 49 женщин) в возрасте от 24 до 83 лет. Распределение больных по стадиям в соответствии с классификацией Б.В. Петровского: I – 6 (7%) больных, II – 30 (35%), III- 42 (49%), IV стадия – 7 (9%) пациентов. Диагностику АК и оценку результатов проводили на основании рентгенологического исследования, эзофагогастроскопии и манометрии пищевода. Шкалу Eckardt применяли для оценки клинической выраженности симптомов АК. Пяти больным с IV стадией, из-за развившегося мегэзофагуса, успешно выполнено открытое хирургическое вмешательство: трансиатальная субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой. В первой группе (40 больных) выполняли эндоскопическую баллонную пневмокардиодилатацию (ЭБПКД). ЭБПКД начинали баллоном диаметром 30 мм, последующие - 35мм, давление в баллоне – до 700 мм рт. ст.; во второй группе (40 больных) – ПОЭМ в условиях инсuffляции CO₂. Клинические и инструментальные данные оценивали в динамике: после вмешательства, через 3 и 12 мес. Результаты: у всех пациентов после ЭБПКД и ПОЭМ достигнут хороший непосредственный результат - купированы симптомы дисфагии и восстановлен нормальный режим питания. В 1-й группе осложнение в 1-м (2%) случае – кровотечение из линейных разрывов слизистой пищевода. В 5 (13%) случаях имели место линейные надрывы слизистой глубиной 3-4 мм. Во 2-й группе кратковременное развитие гиперкапнии у 2-х (5%) больных и у 2-х (5%) карбоксимедиастинум. Через 3 мес. все показатели обеих групп аналогичны. Через 12 мес. положительный эффект кардиодилатации

отмечен у 35 из 40 (87,5%) больных. У 3-х пациентов с III стадией рецидив АК возник после трех последовательных курсов ЭБПКД, что явилось показанием для кардиомиотомии по Геллеру с неполной фундопликацией, в т. ч. в одном случае робот-ассистированной и у 2-х больных с IV стадией - выполнен повторный курс ЭБПКД. Повторного вмешательства после ПОЭМ не потребовалось, лишь у 1 пациента (4%) вновь появились жалобы на регургитацию до 3-х раз в месяц. У 6 (15%) больных из 1-й группы выявлены клинические симптомы рефлюкс-эзофагита, а эндоскопические признаки у 7 (17%) больных. У 2 (5%) больных 2-й группы имели место клинические симптомы рефлюкс-эзофагита, а эндоскопические признаки, выявлены у 4 (10%) больных. Заключение: при сравнительном анализе ЭБПКД и ПОЭМ сопровождаются сопоставимыми ближайшими результатами, однако, в отдаленные сроки ПОЭМ демонстрирует более стойкий клинический эффект, отсутствие рецидивов. Таким образом, выявленные различия позволяют обосновать применение дифференцированного подхода: для больных ахалазией кардии с I стадией целесообразно использовать ЭБПКД; у больных с IV стадией применение ЭБПКД рекомендовано при наличии противопоказаний к выполнению традиционных хирургических методов или в качестве подготовки к ним; для больных со II и III стадиями ахалазии кардии ПОЭМ более надежна, но ее применение нецелесообразно у больных с I и IV стадией заболевания.

103. АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Плотников Р.В.

Курск

Комитет здравоохранения Курской области

Вопросы организации оказания экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля по-прежнему имеют большое значение для современной медицины. Анализ основных показателей характеризующих состояние экстренной хирургической помощи в Курской области показал следующее. За последние три года процент поздней госпитализации среди пациентов с острой хирургической патологией в Курской области сохраняется высоким, и составляет в 2016г. – 45,0% (2015г. – 45,3%, 2014г. – 45,4%). Всего в хирургические стационары Курской области за 2016 год было доставлено 5707 пациентов с острой хирургической патологией, из них 2569 (45%) доставлено позже 24 часов. Умерло от общего числа доставленных с острой хирургической патологией пациентов – 235 (4%). Из числа пациентов доставленных позже 24 часов, умерло – 175 (6,8%). Приходится констатировать тот факт, что с ослаблением на протяжении последних лет плановой профилактической хирургической работы, в частности в центральных районных больницах, процент поздней госпитализации пациентов с острой хирургической патологией сохраняется стабильно высоким. Из числа пациентов госпитализированных в хирургические стационары с острой

хирургической патологией 66,3% были прооперированы. Послеоперационная летальность среди пациентов, госпитализированных впервые 24 часа, составила – 4,75%. Послеоперационная летальность в категории пациентов с поздней госпитализацией значительно выше, и составляет – 7,6%. Очевидно, что процент поздней госпитализации напрямую влияет на показатели смертности, и является одним из потенциальных ресурсов для снижения показателя смертности населения. Приведем сравнительный анализ показателей по отдельным острым хирургическим нозологиям. Так при остром аппендиците поздняя госпитализация в 2016г. составила 35% (ЦФО – 28,9%), 2015г. – 42%, 2014г. – 41%. Общая летальность в 2016г. – 0,11% (ЦФО – 0,13%), 2015г. – 0,13%, 2014г. – 0,15%. Послеоперационная летальность в 2016г. – 0,11% (ЦФО – 0,13%), 2015г. – 0,14%, 2014г. – 0,16%. Справедливо заметить, что показатель поздней госпитализации при вентральных грыжах напрямую зависит от плановой профилактической работы хирургической службы, и взаимодействия хирурга поликлиники и хирурга стационара, а так же работы первичного звена по выявлению грыженосительства у населения. Процент поздней госпитализации при ущемленной грыже в Курской области составил в 2016г. – 35% (ЦФО – 27,2%), 2015г. – 38%, 2014г. – 31%. Общая летальность в 2016г. – 5,9% (ЦФО – 3,4%), 2015г. – 6,9%, 2014 – 4,1%. Послеоперационная летальность – 2016г. – 6,3% (ЦФО – 5,1%), 2015г. – 4,6%, 2014г. – 4,7%. При остром холецистите и остром панкреатите традиционно сохраняется наиболее высокий процент поздней госпитализации, 2016г. – 55,5% и 53% соответственно (ЦФО – 47,8 и 48,3%). Связанно это с определенной категорией пациентов, злоупотребляющих алкоголем и нарушением режима питания. Таким образом, на текущий момент приходится констатировать тенденцию к сворачиванию плановой хирургической работы, особенно на уровне маломощных центральных районных больниц, что неминуемо ведет к сохранению, а иногда и росту, показателя поздней госпитализации пациентов с острой хирургической патологией. Решением является организация межрайонных хирургических центров. Базой для организации межрайонных хирургических центров рассматриваются центральные районные больницы, оснащенные и укомплектованные в рамках программы по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

104. ИСКУССТВЕННЫЙ КЛАПАН ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ

Акчурин Р.С.(1), Крылов В.С.(1), Рафф Л.С.(2), Андреев Ю.Г.(2)

Москва, Железнодорожный

1) ФГБУ "РКНПК" МЗ РФ, 2) ООО "Минимально инвазивные технологии"

Многочисленные попытки хирургов реконструировать венозный клапан на протяжении последних десятилетий оказались малоуспешными. Создание нового клапана из ауто - тканей, в том числе – с техникой микрохирургии также не дало результатов, так как в процессе

приживлении все эти ткани лишенные кровоснабжения претерпевали рубцовые превращения - сморщивались, не функционировали. Эти предпосылки привели к идее создания полностью искусственного клапана. Нами предложены и испытаны в эксперименте на животных, а также запатентованы два варианта искусственного клапана периферической вены (патент №148745 и патент №157874). Каркас искусственного клапана вены (ИКВ) изготовлен из никель-титанового сплава – «нитинол» - сплава, обладающего памятью. Это позволяет использовать малоинвазивный транскатетерный способ доставки и установки клапана в вене. Нами разработана и применена в эксперименте на животных система доставки ИКВ под контролем рентгеновского аппарата. Созданный нами искусственный клапан вены прошел тестирование на специально созданном стенде. Для проведения стендовых испытаний был создан и использован специальный стенд, позволяющий определить количественно и во времени степень подвижности створок испытываемого клапана, прочность конструкции – время «наработки на отказ». Вариант 2 ИКВ (патент №157874) был исследован нами в опытах на овцах в сроки 4 недели имплантации и 12 недель пребывания протеза в вене животного. Искусственный клапан был помещен в среднем отделе наружной яремной вены овцы, используя систему доставки с доступом через бедренную вену. В период наблюдения проводилась антикоагулянтная терапия (инъекции гепарина). Контроль эксперимента был выполнен после флебографии. Выполнена эксплантация участка вены, несущего протез, и гистологическое исследование полученного материала. Створки клапана, созданные на основе тетрафлюороэтилена (тефлона) производства фирмы Экофлон (СПб, Россия) показали высокую степень гемосовместимости, а также гистосовместимости полимера с тканями организма животного. Материал вызывал лишь минимальную реакцию ткани животного на инородное тело, и створки на сроке в 3 месяца (12 недель) были полностью покрыты эндотелием. Однако функция створок была неудовлетворительной, что подтверждалось флебографией. Высокая толерантность материала створок к крови и тканям организма реципиента – фактор недостаточный для обеспечения функций искусственного венозного клапана. Необходимо использовать материал, имеющий способность анизотропии,- створка должна иметь различную степень эластичности в продольном и поперечном направлении, как это присутствует в натуральном венозном клапане. Также сама конструкция створки требует дальнейших исследований, для того чтобы в совокупности весь комплекс искусственного клапана вены мог бы успешно работать на основе законов гидродинамики. Кроме того, на основе достижений современных нанотехнологий сам клапан, включая его створки, должен быть обработан устойчивыми к внешнему воздействию в среде организма веществами, противодействующими формированию пристеночных тромбов и гиперплазии интимы.

105. ВЛИЯНИЕ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ НА КАЧЕСТВО УХОДА ЗА ЦЕНТРАЛЬНЫМ ВЕНОЗНЫМ КАТЕТЕРОМ У БОЛЬНЫХ В ОРИТ (СЕСТРИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Пивкина А.И., Пасько Н.В., Животнева И.В., Гусаров В.Г.

Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Введение. Использование повязок с гелевой подушкой, пропитанной хлоргексидином, а также более редкие (1 раз в 7 дней) смены повязки на центральном венозном катетере (ЦВК) позволяют достоверно снизить частоту инфекций кровотока, связанных с ЦВК (КАИК). Однако в повседневной практике, как правило, сложно обеспечить эффективное функционирование повязки на ЦВК более 2-3 дней, а длительный контакт кожи с хлоргексидином может приводить к ее повреждению. Цель исследования. Сравнить качество ухода за ЦВК у больных в ОРИТ при использовании различных методов фиксации катетера. Материалы и методы. Открытое контролируемое рандомизированное исследование проведено в ОРИТ многопрофильного госпиталя в период с августа 2014 года по декабрь 2014 года. Сравнили два способа фиксации ЦВК: стандартный способ фиксации с применением прозрачной повязки (группа I) и способ фиксации с применением прозрачных повязок с гелевой подушкой, пропитанной хлоргексидина глюконатом с предварительным нанесением на кожу жидкости, создающей полимерную защитную пленку (группа II). Частота смены повязки каждые 7 суток или немедленно при отклеивании центральной части повязки и/или наличии влаги под повязкой. В качестве первичных исходов оценены длительность эксплуатации повязки, надежность фиксации, состояние места установки ЦВК, предпочтение медицинских сестер в выборе повязки. В качестве вторичных исходов изучена частота CLABSI и частота колонизации катетера при его микробиологическом исследовании. Результаты. Включено 60 взрослых больных, исследовано 60 катетеров, 533 катетеро-дня. Длительность эксплуатации повязки была достоверно выше в группе II по сравнению с группой I: $6,3 \pm 1,5$ дня против $2 \pm 1,1$ дней., $p < 0,001$. В группе II выявлена достоверно меньшая частота отклеивания повязки и наличия влаги под повязкой 6,7% против 56,7%, $p < 0,0001$ и 0% против 20,0%, $p = 0,009$ соответственно. Частота гиперемии кожи под повязкой не отличалась в группах исследования. По итогам анкетирования все 14 медсестер, принявших участие в исследовании, отдали предпочтение повязке с хлоргексидином. Длительность эксплуатации ЦВК была сравнима в обеих группах, медиана 8 (Q1-Q3 6-11) дней. Частота КАИК в группе II была ниже, чем в группе I: 6,9/1000 против 20,6/1000 катетеро-дней (ОР 0,4, 95%ДИ, 0,08-1,9), однако изменения не носят достоверного характера. Частота микробной колонизации удаленных ЦВК в обеих группах была одинаковой: 37/1000 (группа I) и 37,9/1000 (группа II) катетеро-дней (ОР 1,22, 95%ДИ 0,59-2,5). Выводы. Применение фиксирующих повязок с гелевой подушкой, пропитанной хлоргексидином, позволяет качественно улучшить уход за ЦВК, достоверно сократить частоту смены повязки без увеличения риска контаминации ЦВК и риска КАИК.

106. УЩЕМЛЕННАЯ ПРАВСТОРОННЯЯ ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА

*Михеев А.В. (1,2), Трушин С.Н. (1), Баззаев Т.В. (1), Суров Е.К. (2),
Ботов А.В. (2), Рюмин С.А. (2), Киселев Р.С. (2), Ельцов И.В. (2)*

Рязань

- 1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
- 2) ГБУ РО ОКБ

Травматические диафрагмальные грыжи - перемещение органов брюшной полости в грудную, через патологическое отверстие в диафрагме, сформировавшееся в результате травмы. На долю повреждения диафрагмы, вследствие закрытой травмы, приходится около 18%. Правосторонняя локализация наблюдается менее чем в 5% всех травматических диафрагмальных грыж, с большей частотой встречаемости при проникающих ранениях груди в сравнении с тупой травмой грудной клетки (0,8-3,6%). Это объясняет высокую частоту диагностических и тактических ошибок при оказании медицинской помощи. Корректный диагноз при поступлении установлен лишь у 12-66% пациентов. Приводим собственное клиническое наблюдение. Пожилой мужчина в возрасте 62 лет поступил в ГБУ РО «ОКБ» с жалобами на тупые боли в правой половине грудной клетки, одышку в покое, кашель со светлой мокротой, общую слабость, рвоту темно-бурым содержимым. Из анамнеза известно, что около 2 месяцев назад находясь за рулем мотоцикла врезался в дерево. С жалобами на боль в правой половине грудной клетки обращался в участковую больницу по месту жительства, амбулаторно принимал анальгетики. 10 дней назад упал с высоты 2 метров на правый бок, после чего появилась боль в правой половине грудной клетке, подреберье, одышка при нагрузке. Находился на лечении в ЦРБ по месту жительства с обострением хронического холецистита. Выполнена рентгенограмма грудной клетки, заподозрен правосторонний пневмоторакс. Доставлен в ОКБ в тяжелом состоянии, с явлениями гипотонии. Грудная клетка деформирована за счет выбухания правой ее половины. В легких справа не выслушивается, хрипов нет. ЧДД 30 – 32 в мин. При перкуссии грудной клетки справа тимпанический оттенок, слева – ясный легочный звук. Живот не вздут, мягкий. При пальпации безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Предварительный диагноз: Тупая травма грудной клетки. Напряженный гидропневмоторакс справа, выполнен торакоцентез справа, дренирование плевральной полости. Одномоментно по дренажам выделилось около 300 мл серозно-геморрагического отделяемого, сброс воздуха. При УЗИ органов брюшной полости выявлен выраженный пневматоз кишечника, в желудке очень большое количество жидкого содержимого. После принятия рег ос бариевой взвеси пищевод свободно проходит. Желудок натощак содержит много жидкости, эвакуации из него во время исследования и через 3 часа после – не определяется. Выполнена РКТ грудной клетки, выявлено, что правое легкое коллабировано. В грудной полости справа определяются петли кишки до уровня 2-го ребра, в плевральной полости жидкость и воздух. В куполе диафрагмы справа по передней поверхности имеется дефект размером 3, 94 x 4,47 x 3,42 см, в проекции которого определяются петли кишки. Пациент оперирован - выполнена торакотомия справа передне-боковым доступом по 5-му межреберью. При вскрытии плевральной полости обнаружено значительное количество гнойного отделяемого, смешанного с калом. В плевральной полости находится конгломерат, включающий петлю толстой кишки с брыжейкой, большим и частично

малым сальником. Петля толстой кишки некротизирована, со сквозным дефектом стенки с каловым отделяемым. Кпереди от купола диафрагмы определяется старый разрыв диафрагмы 6 x 4 см, на 2/3 окружности интимно спаянный с толстой кишкой и сальником. Петля толстой кишки резецирована в пределах здоровых тканей. Большой сальник резецирован. Культи кишки погружены в брюшную полость. Дефект диафрагмы ушит двухрядным швом с формированием дупликатуры. Плевральная полость дренирована 2-мя дренажами. Переход на лапаротомию, выведена 2-хствольная колостома, брюшная полость дренирована. Послеоперационный период протекал тяжело, осложнился развитием флегмоны грудной стенки, полисегментарной пневмонии. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 40 сутки после оперативного вмешательства. Данный клинический случай демонстрирует сложность диагностики правосторонних повреждений диафрагмы, вследствие неспецифичности клинической картины. Редкая частота встречаемости и низкая осведомленность хирургов общего профиля могут приводить к диагностическим и тактическим ошибкам при оказании помощи пациентам с подобной патологией.

107.МЕЖКИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ ПО РУ ПРИ ВЫСОКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТОЩЕЙ КИШКИ

Лейбельс В.Н.,(1) Лейбельс С.П.,(2) Калашников И.В.,(3) Белов О.Е.,(4) Рягузов И.А.(5)

Воронеж

1)Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко3),
4)БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»2), 5)БУЗ ВО «ГКБ№2» им. К.Б. Федяевского

Актуальность: Высокие повреждения тощей кишки на фоне перитонита – сложная тактическая задача для хирурга во время экстренной операции. С одной стороны, резекция поврежденного участка с восстановлением проходимости чревата высоким риском несостоятельности, с другой – выведение «высокого» свища быстро приводит к водно-электролитным нарушениям, несмотря на инфузионную терапию. Поэтому выбор рационального варианта завершения операции представляется весьма актуальным. Цель: обосновать возможность использования кишечных анастомозов по Ру при высоких повреждениях тощей кишки и перитоните. Материал и методы: за период с 2014 по 2016 года в хирургических отделениях клиника общей хирургии были оперированы 14 пациентов по поводу повреждения проксимального отдела тощей кишки. Гендерное соотношение – (м/ж – 9/5), средний возраст – 53,4 лет. Уровень повреждения от 35 до 70 см от связки Трейца. 3 пациента были оперированы по поводу закрытой травмы брюшной полости, полного разрыва тощей кишки, внутрибрюшного кровотечения, распространенного перитонита. После «освежения» концов кишки дистальный конец был выведен в виде концевой еюностомы, а проксимальный-анастомозирован по Ру в 25-30см от выведенного конца. Операция завершена санацией, дренированием брюшной полости. В последующем пациентам

проводилась 2-3 плановых лапаросанаций. 11 больных были оперированы по поводу спаечной кишечной непроходимости. У 6 пациентов это было третье, четвертое вмешательство по поводу спаечной кишечной непроходимости. У всех пациентов разделение спаек, адгезиолизис проходили с большими техническими трудностями. При этом при разделении сращений было выявлено высокое повреждение тощей кишки, её десерозирование, что потребовало проведение резекции участка кишки. Операция была завершена также наложением еюностомы с анастомозом по Ру. При чем у одного пациента, который был оперирован в 4-ый раз по поводу кишечной непроходимости, был выведен проксимальный конец тощей кишки, а дистальный анастомозирован в 25см от конца еюностомы. Обсуждение результатов: Из 14 пациентов умер 1 больной, оперированный по поводу закрытой травмы брюшной полости, разрыва тощей кишки, распространенного перитонита. Несмотря на 2 санационные релапаротомии больной умер на 6 сутки после первой операции. При судебно-медицинском вскрытии межкишечный анастомоз состоялся. Остальные 13 пациентов были выписаны в удовлетворительном состоянии. Количество отделяемого за сутки из свища в среднем составило 250-300 мл при сохранении нормального пассажа из кишечника. Через 1,5-3 месяца всем больным произведено закрытие еюностомы. Заключение: 1)Высокие повреждения тощей кишки на фоне перитонита представляет значительный риск при наложении анастомоза, так и при выведении двуствольной или петлевой еюностомы. 2)Назогастральная или назоинтестинальная интубация часто невозможна при тотальном спаечном процессе не всегда эффективна. 3)Использование межкишечного анастомоза по Ру позволяет обеспечить декомпрессию последнего, сохранив пассаж кишечного содержимого при сравнительно небольшом сбросе отделяемого через концевую еюностому

108.МАРКЕРЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

*Михеев А.В. (1,2), Трушин С.Н. (1), Баззаев Т.В. (1), Суров Е.К. (2), Ботов А.В. (2),
Рюмин С.А. (2), Ельцов И.В. (2), Киселев Р.С. (2)*

Рязань

- 1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
- 2) ГБУ РО ОКБ

Цель исследования: изучить взаимосвязь ДСТ и СП, путем определения фенотипических и висцеральных маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани у пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом. Критерии включения в исследование: мужской пол, возраст не старше 40лет, первый эпизод или рецидив СП, отсутствие хронической либо острой патологии, требующей коррекции. Материалы и методы. Обследован 21 пациент, находившийся на лечении в клинике факультетской хирургии ФГБОУ

ВО РязГМУ Минздрава России на базе отделения торакальной хирургии ГБУ РО «ОКБ». Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. У всех пациентов имел место ПСП. До развития ПСП пациенты считались здоровыми. Все больные были мужского пола; женщины в исследование не включались. В 16 случаях (76%) имел место правосторонний пневмоторакс, у 5 (14%) – левосторонний. У 14 эпизод пневмоторакса был первым, 7 пациентов имел место рецидив. Средний возраст составил $26 \pm 1,2$ лет. По виду проведенных хирургических вмешательств пациенты распределились следующим образом: дренирование плевральной полости без индукции плевродеза проведено у 10; ВТС, атипичная резекция легкого – 5, VATS -2, торакотомия – у 4 больных. Во всех случаях оперативные вмешательства дополнялись частичной парietальной плеврэктомией. У всех пациентов проводились антропометрические исследования. Измерялись следующие показатели: -длина верхней конечности – расстояние между выступающей точкой на крае акромиального отростка лопатки и самой дистальной точкой ногтевой фаланги 3-его пальца. -длина плеча – расстояние от выступающей точки на крае акромиального отростка лопатки до верхней точки головки лучевой кости. -длина предплечья – расстояние от нижней точки шиловидного отростка лучевой кости до верхней точки головки лучевой кости. -длина кисти – расстояние между проекцией шиловидной кости на продолжение линии Зей пястной кости до самой дистальной точки ногтевой фаланги 3-его пальца. -длина нижней конечности – расстояние от большого вертела до пола. - длина бедра – расстояние между верхним краем лонного сочленения и серединой медиального мыщелка большеберцовой кости. - длина голени – расстояние между серединой медиального мыщелка большеберцовой кости и нижней точкой на внутренней лодыжке. - длина стопы – расстояние от пяточного бугра до конца ногтевой фаланги 2-ого пальца. Определяли признаки долихостеномелии (марфаноидность) – удлинение размеров конечностей по отношению к туловищу. Критериями диагностики долихостеномелии с помощью антропометрических данных являются: -отношение «кисть/рост» $>11\%$ -отношение «стопа/рост» $>15\%$ -разность «размах рук - рост» $> 7,6\text{см}$ -отношение «верхний сегмент/нижний» $<0,85$, где нижний сегмент измерялся от лонного сочленения до пола, верхний сегмент определяли как разность «рост-нижний сегмент». При оценке критериев долихостеномелии с помощью антропометрических данных средние показатели составили: - отношение «кисть/рост» - $11,2\%$ -отношение «стопа/рост» - $14,9\%$ -разность «размах рук - рост» $4,1 \pm 0,76$ см -отношение «верхний сегмент/нижний» - $1,06 \pm 0,02$ При этом у 11 пациентов (52,4%) соотношение «стопа/рост» превышала 15%, у 6 больных (28,6%) разность «размах рук - рост» составила более 7,6см. Для определения дефицита массы тела рассчитывали индекс Варги (ИВ) по формуле: $\text{ИВ} = (\text{масса тела, г} / \text{рост}^2, \text{ см}) - (\text{возраст, годы} / 100)$ Величина ИВ 1,7-1,5 отражает умеренное снижение массы тела. Величина ИВ менее 1,5 – выраженный дефицит массы тела. По данным антропометрических исследований рост пациентов составили $179 \pm 1,4$ см, вес - $64 \pm 1,3$ кг, добровольцы контрольной группы имели меньший рост, при большем весе. Индекс Варги равен $1,7 \pm 0,04$. В 76% случаев выявлен дефицит веса, у 4 пациентов выраженный недостаток массы тела. Одним из наиболее часто встречающихся в клинической практике проявлений ННСТ является синдром гипермобильности суставов (ГМС). Выраженность ГМС оценивали по девятибалльной шкале P.Beighton. Максимальная величина по этим тестам равняется 9 баллам, причем 1 балл обозначает патологическое перерастяжение одного сустава на одной стороне, а 2 балла – на двух. Показатель от 0 до 2 расценивался как физиологический вариант нормы, от 3 до 5 – как умеренная гипермобильность, от 6 до 9 баллов – выраженная гипермобильность суставов. Признаки ГМС

выявлены у 11 (52,4%) пациентов из общего числа, причем у 9 определялась умеренная, а у 2 выраженная гипермобильность суставов. Таким образом, у пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом выявлены множественные фенотипические маркеры дисплазии соединительной ткани. Полученные данные указывают на необходимость дальнейшего углубленного изучения взаимосвязи недифференцированной дисплазии соединительной ткани и первичного спонтанного пневмоторакса, с целью улучшения результатов лечения этой категории больных.

109. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Михеев А.В. (1,2), Трушин С.Н. (1), Баззаев Т.В. (1), Суров Е.К. (2), Ботов А.В. (2), Рюмин С.А. (2), Ельцов И.В. (2), Киселев Р.С. (2)

Рязань

- 1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
- 2) ГБУ РО ОКБ

Гнойно-деструктивные заболевания легких и плевры (ГДЗЛП) в настоящее время являются актуальной медико-социальной проблемой. Несмотря на совершенствование оказания специализированной пульмонологической помощи, широкое использование современных антибактериальных средств частота острых инфекционных легочно-плевральных деструкции не имеет тенденции к снижению. Целью исследования явилось улучшение результатов лечения пациентов с ГДЗЛП. Материалы и методы: Были прослежены результаты лечения 122 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике факультетской хирургии на базе отделения торакальной хирургии Рязанской областной клинической больницы. Все больные в плане проводимого лечения были условно разделены на 2 группы: 1-я (контрольная) – 73 больных в возрасте от 22 до 75 лет (средний возраст = $51,69 \pm 0,15$ года), лечившихся традиционными методами; 42 из них имели абсцесс легкого, 31 – эмпиему плевры. 2-я (основная) – 49 больных в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст = $47,75 \pm 1,94$ года), получавших комплексное лечение с применением фитоэкдистероидов; у 33 из них имел место абсцесс легкого, у 16 – эмпиема плевры. 1-ая и 2-ая группы были разделены на 2 подгруппы в зависимости от нозологической формы ГДЗЛП: абсцесса легких или эмпиемы плевры. В каждом конкретном случае отнесение больного к той или иной подгруппе осуществлялось на основании клинических и данных дополнительных методов обследования (рентгенограмма грудной клетки в прямой и боковых проекциях). Основная и контрольная группа достоверно не различались по возрастному и половому составу, сопутствующей патологии, тяжести состояния и другим параметрам. При поступлении больных в стационар тяжесть состояния оценивалась по общеклиническим признакам: кашель сухой или с мокротой, одышка, боли в грудной клетке, повышение температуры тела, частота сердечных сокращений в минуту,

частота дыхательных движений в минуту, общая слабость и т.д. В составе комплексной терапии у больных ГДЗЛП основной группы использован препарат, содержащий фитоэкдистероиды (экдистерон). Экдистерон получали из растений семейства гвоздичных на кафедре фармакогнозии с курсом ботаники РязГМУ (зав. кафедрой д.ф.н., профессор В.Н.Дармограй). Разработанный препарат представляет собой смесь равных частей настоек календулы и эвкалипта, в которой растворен экдистерон до получения 0,005 – 0,01% раствора (Пат. 2257906 RU, МПК7 А 61 К 35/78) Результаты и их обсуждение: Использование препарата, содержащего фитоэкдистероиды, позволило в основной группе в короткие сроки добиться уменьшения полости абсцесса у 15 (45%) больных, у 18 (55%) пациентов отмечена ликвидация гнойной полости с исходом в ограниченный пневмофиброз. В основной группе у больных с острой ЭП отмечалось более раннее (в среднем на 2-3 суток) опорожнение эмпиемой полости от гноя, полное расправление легкого и ликвидация остаточной полости. Исходно и в дальнейшем тяжесть гнойно-деструктивного процесса оценивалась с использованием таблицы А.Н.Лаптева и расчетом лабораторного индекса (Пл) по формуле Э.П.Бербенцовой. При этом, сумма равная 0 – соответствует состоянию здоровья, до 1 – легкому течению заболевания, 1-2 – среднетяжелому течению, 2-3 – тяжелому течению, 3-4 – тяжелому течению, с непредсказуемым исходом. При поступлении в стационар Пл был повышен в обеих сравниваемых группах и составил: в контрольной группе – $3,09 \pm 0,04$, в основной – $3,12 \pm 0,13$. После проведенного лечения Пл в контрольной группе был достоверно выше в сравнении с основной ($p < 0,001$). Лабораторный индекс составил в контрольной группе $1,91 \pm 0,04$, в основной – $0,97 \pm 0,05$. Аналогичные изменения у больных ГДЗЛП претерпевал и показатель А.Н.Лаптева. В контрольной группе он составил $20,66 \pm 0,67$, в основной – $23,41 \pm 1,02$. То есть исходно он был повышен в обеих группах и соответствовал тяжелому течению гнойно-некротического процесса. После лечения данный критерий в основной группе был достоверно ниже ($p < 0,001$), чем в контрольной и составил $6,13 \pm 0,38$. В контрольной группе даже после проведенной традиционной терапии показатель А.Н.Лаптева соответствовал средней тяжести гнойно-деструктивного процесса – $12,53 \pm 0,46$. Величина ЛИИ Кальф-Калифа исходно была повышена в обеих группах. В контрольной группе ЛИИ составил $2,89 \pm 0,32$, в основной – $2,8 \pm 0,25$. После проведенного традиционного лечения у больных ГДЗЛП контрольной группы ЛИИ превышал границы нормы. После завершения комплексной терапии, включающей фитоэкдистероиды, ЛИИ снизился до показателей здорового человека. Однако различия ЛИИ в 1-ой и 2-ой группах были статистически недостоверны ($p > 0,05$). При поступлении больных в клинику исходно повышенный уровень молекул средней массы (МСМ) отмечен в обеих сравниваемых группах. В контрольной группе он составил $0,27 \pm 0,01$, в основной – $0,31 \pm 0,01$. На фоне проводимого лечения в 1-ой группе уровень МСМ в сыворотке крови достоверно не изменился и равнялся $0,27 \pm 0,01$ ($p > 0,1$). В основной группе после проведенной терапии он снизился до границ нормы и составил $0,18 \pm 0,003$. Различия статистически достоверны ($p < 0,05$). Выводы: Применение фитоэкдистероидов у больных с ГДЗЛП позволяет добиться быстрого стихания воспалительного процесса по сравнению с традиционным лечением и сократить среднюю длительность пребывания в стационаре на 6 дней. При использовании фитоэкдистероидов в комплексной терапии у больных с ГДЗЛП в более ранние сроки отмечена нормализация количества лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, лейкоцитарного индекса интоксикации и уровня молекул средней массы в сравнении с традиционным лечением.

110. РЕАЛИЗАЦИЯ ДВУХУРОВНЕВОЙ КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ - ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Марийко В.А., Нуждихин А.В.

Тула

ГУЗ ТО Тульская областная клиническая больница

Актуальность. Современный прогресс хирургии и реальное состояние отечественного здравоохранения требуют адекватных изменений в организации хирургической службы. В данной работе мы приводим результаты 10 лет реализации двухуровневой концепции хирургической помощи в Тульской области. Материалы и методы. 15.02.2007г. был принят закон Тульской области "О программе социально-экономического развития Тульской области", в котором большой раздел посвящался здравоохранению. Проблемами, тормозившими развитие хирургической помощи в области, являлись: низкая укомплектованность хирургическими кадрами, значительный износ медицинского оборудования, избыточное количество хирургических коек, медленное освоение высокотехнологичных методов хирургического лечения, недостаточный уровень развития амбулаторно-поликлинической хирургии. Для рационального использования ресурсов и эффективной реализации приоритетных национальных проектов оптимальной признана двухуровневая система организации хирургической помощи. На первом уровне специализированная круглосуточная хирургическая помощь должна оказываться в хирургических отделениях, размещенных в многопрофильных больницах, оснащенных необходимым диагностическим оборудованием и имеющим анестезиолого-реанимационную службу. Хирургические отделения первого уровня, при необходимости, выполняют функции межрайонных отделений. На втором уровне оказывается специализированная и высокотехнологическая хирургическая помощь на базе специализированных хирургических отделений областных больниц. Результаты. За десять лет количество хирургических коек в области сократилось с 1400 до 875, при этом обеспеченность хирургическими койками на 10 тыс. населения в 2016 году составило 5,8. При сокращении коек сохранялись крупные и межрайонные отделения. В ряде районов хирургические отделения не соответствовали современным требованиям и утвержденным Порядкам, функционирование их было нецелесообразно. После проведения ремонта и дооснащения оборудованием в данных больницах открывались районные отделения амбулаторной хирургии. В настоящее время в 7(30%) районах области хирургическая помощь представлена районными отделениями амбулаторной хирургии. Функции межрайонного отделения в области выполняют 6 хирургических отделений. Тульская область поделена на пять социально-экономических зон, что учитывалось при оснащении медицинским оборудованием. Значительное сокращение количества хирургических коек не привело к уменьшению объемов хирургической помощи. Применение современных технологий позволило сократить сроки лечения с 11,9к/д в 2007г. до 7,9к/д в 2016г., выросла хирургическая активность соответственно с 52,8% до 57%. Госпитализация больных с экстренной хирургической патологией в многопрофильные больницы позволяет реализовать клинические рекомендации и улучшает результаты лечения. Рациональное использование медицинского оборудования позволяет ежегодно увеличивать количество выполняемых

лапароскопических операций. Выводы. Реализация двухуровневой системы хирургических стационаров позволяет: - повысить эффективность использования хирургических коек, - реализовать клинические рекомендации при экстренной хирургической патологии, - рационально использовать имеющееся медицинское оборудование, - создает условия для развития амбулаторной хирургии.

111. НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Горский В.А., Кривихин Д.В., Воленко А.В., Армашев В.П.

Москва

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

Паралитическая кишечная непроходимость осложняет течение распространенных форм перитонита, являясь дополнительным источником эндогенной интоксикации. Поэтому одним из патогенетических методов борьбы с парезом и эндотоксикозом является декомпрессия кишечника. Отказавшись от открытых методов декомпрессии тонкой кишки, применяем закрытый метод – назоинтестинальную интубацию (НИИ). Цель. Показать необходимость и целесообразность НИИ при лечении больных распространенным перитонитом. Метод. В последнее время для декомпрессии используем стандартный однопросветный многоперфорированный зонд с подвижной оливой на конце. С 1985 по 2017 год было выполнено более 3000 НИИ по поводу механической и паралитической кишечной непроходимости. Более 800 больных получали лечение по поводу распространенного перитонита. Подробно проанализированы результаты лечения 108 больных распространенными формами перитонита. Результаты. Успешно зонд был установлен у 107 больных (99,1%), не удалось провести зонд у 1 пациента (0,9%) из-за анатомических особенностей подковы 12-п. кишки. Длительность проведения зонда составила от 15 до 40 минут. После завершения операции данным больным активной аспирации не проводили, осуществлялся лишь пассивный отток по зонду. Это объясняем возможностью присасывания на активной аспирации отверстий зонда к стенке кишки с опасностью возникновения локального участка ишемии и последующей перфорации. Количество отделяемого при этом варьировало от 500 до 2000 мл, составляя в среднем 957+240 мл. Длительность пребывания зонда зависела не от количества отделяемого, а от восстановления моторной функции кишечника и характера кишечного содержимого. Сроки стояния зонда – от 2 до 8 суток. Критериями для удаления зонда являются: 1) появление стойкой перистальтической активности кишечника; 2) уменьшение вздутия живота, отхождение газов и появление стула; 3) изменение качественных характеристик кишечного отделяемого – оно приобретает светло-желтый цвет, исчезает каловый запах. Осложнения, непосредственно связанные с НИИ, развились у 5 больных (4,6%). У 2 больных возникла аспирационная пневмония, у 2 – носовые кровотечения. У 1 больного во время интубации произошло повреждение черпаловидного

хряща, выявленное в послеоперационном периоде. Заключение. Таким образом, НИИ с длительной декомпрессией кишечника является эффективным методом интенсивного лечения паралитической кишечной непроходимости у больных распространенным перитонитом. При выполнении манипуляции необходимо соблюдать технику интубации, чтобы избежать ненужных осложнений.

112.ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМ ПОРТО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ

Андреева М.Б., Коровин А.Я., Туркин Д.В.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Острые венозные порто-мезентериальные тромбозы (ПМТ) являются одной из причин развития инфаркта кишечника, занимая второе место по частоте после артериальных окклюзий и составляют 10-15% всех нарушений мезентериального кровообращения. Цель : Изучить особенности клиники, диагностики и хирургическую тактику в лечении больных с острыми мезентериальными венозными тромбозами. Материал и методы: Изучены 25 клинических случаев острого мезентериального венозного тромбоза, что составило 7,7% от всех оперированных с диагнозом мезентериального тромбоза. Средний возраст 53,9+ 1,6 года, М:Ж - 2,1 : 1. У всех больных отмечалось латентное начало заболевания. Срок от начала клинических проявлений до операции составил от 3 до 10 суток. Проанализирована диагностическая ценность различных симптомов. Наиболее достоверными оказались следующие признаки: постепенное начало с болей в животе; локализация болей: по всему животу 62,5%, в правой подвздошной области 37,5%; лихорадка до фебрильных цифр 90%; тромбозы других локализаций в анамнезе 75%; лейкоцитоз до 12-16 x 10⁹ - 94%. Из методов визуализации использовались УЗИ и КТ брюшной полости. У всех больных имели место неспецифические УЗ признаки инфаркта кишечника: гастроэнтеростаз, маятникообразное движение кишечного содержимого, свободная жидкость в брюшной полости. Дуплексное сканирование венозного мезентериального русла оказалось малоинформативно. Компьютерная томография использована в 8 случаях, у 3 больных удалось идентифицировать портomesентериальный газ, а у 5 пациентов при КТ портomesентерикографии – прямые признаки ПМТ. Информативной была и лапароскопия, правильный диагноз был установлен у 14 пациентов из 17 (82,4%). Отличительной особенностью был яркий «вишневый» инфаркт кишки и насыщенный геморрагический выпот. Результаты. Изменения кишечника носили однотипный характер геморрагического инфаркта тонкой кишки со значительным отеком и имбибицией брыжейки, толстая кишка во всех случаях была не изменена. У 13 больных тромбоз локализовался в системе верхней брыжеечной вены (ВБВ) до уровня конfluence. У 7 больных тромбоз распространялся на воротную вену (ВВ), ещё у 5 больных тромбировалась и

селезёночная вена (СВ), - ВВВ+ВВ+СВ. По протяженности – поражение тонкой кишки было субтотальным, относительно интактным оставался участок 70-80см от связки Трейца. Обязательным этапом было выделение ВВВ и ретроградная тромбэктомия до получения удовлетворительного ретроградного кровотока, после чего выполнялась резекция измененной кишки с наложением первичного анастомоза. Послеоперационное ведение предусматривало активную антикоагулянтную терапию, эффективность которой оценивалось по АЧТВ (70-80сек), с последующим переводом на непрямые антикоагулянты (МНО 2,5-3). Летальность составила 12,0% (3 больных). Отдаленные результаты прослежены у 6 больных в срок до 5 лет. Все пациенты продолжают принимать непрямые антикоагулянты, явления мальабсорбции выражены умеренно. Заключение: Острые мезентериальные венозные тромбозы являются самостоятельной нозологической формой поражения мезентериального сосудистого русла с лучшим прогнозом лечения. Наиболее частой вероятной причиной ПМТ являются тромбофилические синдромы, которые требуют лабораторной верификации. Наиболее информативными в диагностике являются КТ- портomezентерикография и лапароскопия. Возможности УЗДГ требуют дальнейшего изучения. Помимо резекционных методик, обязательной является тромбэктомия из портomezентериального бассейна и эффективная антикоагулянтная терапия. При консервативном лечении ПМТ «системный тромболизис» становится безальтернативным.

113. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИЛИОПСОИТОМ

Коровин А.Я., Породенко Е.Е., Базлов С.Б., Трифанов Н.А.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Введение. Острый илиопсоит (ИП) – воспаление подвздошно-поясничной мышцы, относительно редко встречается в практике общего хирурга, и сопровождается высокой частотой генерализованной инфекции, а летальность при этом достигает 18%. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению частоты этого заболевания, что связано с ростом гнойно-септических заболеваний вообще и гнойно-некротических поражений нижних конечностей в частности. До настоящего времени не применяются альтернативные взаимодополняющие схемы антибактериальной терапии (АБТ) с включением фаготерапии. Задача оптимизации местного лечения ран при остром ИП остаётся актуальной. Материал и методы. В клинике за период с 2011 по 2016 гг. наблюдали 38 больных с ИП. Количество мужчин превалировало и составило – 26 человек (68,4%). У 15 больных (39,5%) имела место внутривенная наркомания, из них 7 пациентов были ВИЧ-инфицированы; 13 человек (34,2%) страдали сахарным диабетом 2 типа. У 34 больных был первичный илиопсоит, вызванный лимфогенным инфицированием из очагов расположенных в подкожной жировой клетчатке и коже нижней половины тела (у 24 больных) и гематогенным – из отдаленных гнойных очагов

– у 10 пациентов, из них 9 страдали внутривенной наркоманией. У 2 больных причиной развития ИП явилась травма *m. psoas* с последующим инфицированием внутримышечной гематомы. У двух больных был выявлен билатеральный вторичный илиопсоит, причиной его явился остеомиелит I-III поясничных позвонков. У 5 больных в комплексе АБТ для лечения ран применён поливалентный пиобактериофаг (Секстафаг®). Стандартно использовались следующие методы исследования: общеклинический; бактериоскопический и бактериологический; УЗИ и КТ брюшной полости, полости малого таза и забрюшинного пространства. Обсуждение и результаты. У всех больных имелись клинические и лабораторные признаки системной воспалительной реакции. При проведении УЗИ в большинстве случаев (20 больных) удавалось определить увеличенную в объеме подвздошно-поясничную мышцу с неравномерной структурой и наличием гипоэхогенных зон. При компьютерной томографии, выявляли увеличенную подвздошно-поясничную мышцу на стороне поражения, наличие в ней жидкостных скоплений, пути распространения инфекционного процесса и пространственную ориентацию жидкостных скоплений (СТ-3D), а также характер содержимого полостей и экссудата при инфильтративной форме ИП (по денситометрическим данным). Чувствительность и специфичность метода достигает 98-99%. Выраженность клинической картины и данные КТ- исследования имели решающее значение при выборе тактики лечения ИП. Только в одном случае принято решение консервативного лечения инфильтративной формы ИП. Четырём больным с *psoas* - абсцессами было выполнено дренирование гнойного очага с УЗ- навигацией и аспирационно-промывным лечением в послеоперационном периоде. У 33 пациентов внебрюшинными доступами Израэля или Пирогова, выполнены ревизия футляра *m. psoas* и моно- и билатеральной забрюшинной клетчатки, с дренированием гнойных полостей, в том числе флегмоны Brault (2 случая). Именно в этой группе больных актуальна оптимизация местного лечения послеоперационных ран комплексом АБТ. Бактериоскопическое исследование позволяло определиться с АБТ для инициальной терапии инфекции. В большинстве случаев в составе микст-инфекции превалировали *Staphylococcus aureus* (82%), *Streptococcus pyogenes* (9%), *Proteus spp.* (4%), *Pseudomonas aeruginosa* (3%), посев роста не дал в 2% случаев. У 5 больных в комплекс АБТ включили фаготерапию. С учётом прогнозируемой вероятности реинфицирования полостных образований и тканей *m. psoas*, а также операционных ран госпитальными антибиотикорезистентными штаммами, применяли адаптированную схему применения фаготерапии. При консервативном лечении ИП: а) лимфотропное введение пиобактериофага в дозе 2,0 мл - инициально и на 5-е сутки лечения; б) приём препарата *per os* в дозе 20,0 мл – инициально и на 5-е сутки лечения. При оперативном лечении ИП: а) лимфотропное введение пиобактериофага в дозе 2,0 мл за 30-40 мин до операции и на 5-е сутки после операции; б) прием препарата *per os* 20 мл до операции и на 5-е сутки после операции; в) после каждой дренажной санации полостей, введение через дренажи 20 мл препарата и проведение орошения раны 20 мл препарата перед наложением повязки. Послеоперационная досуточная летальность и госпитальная летальность составили 2,6% и 7,8% соответственно. Заключение. Для топической диагностики илиопсоита наиболее информативными являются УЗИ и КТ- исследование. Тактика хирургического лечения гнойного илиопсоита требует дифференцированного подхода к выбору оперативного доступа для дренирования. Антибактериальная терапия при илиопсоите нуждается в совершенствовании антибактериальных комплексов и комплексном применении антибактериальных доступов. Включение в схему лечения поливалентного пиобактериофага

способствует оптимизации течения раневого процесса при илиопсоите, позволяет контролировать распространение госпитальной инфекции, способствует сокращению сроков лечения инфекции.

114.АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРИ ТРОМБОЗЕ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

*Кателенец М.О. (2), Пронин И.В. (2), Мирошниченко П.В. (3), Лящук А.В. (1),
Реука В.П. (2), Чайка О.О. (1), Нижельский В.Е. (2).*

Луганск, ЛНР. Гудермес

ГУ « Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» (1)

ГУ « Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР (2)

ГБУ «Гудермесская центральная районная больница» (3)

Актуальность. Наличие злокачественного новообразования является одним из наиболее весомых факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО). Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает второе место среди причин смерти онкологических больных. Риск ВТЭО у онкобольных в 3 раза выше, чем в популяции, а при активном лечении с использованием «агрессивной» хирургической тактики, химио- и лучевой терапии возрастает в 6 раз. В отсутствие тромбопрофилактики частота бессимптомного дистального тромбоза глубоких вен (ТГВ) составляет 40-80%, проксимального – 10-20%, ТЭЛА – 1-5%. Антикоагулянтная терапия занимает центральное место в лечении и профилактике ВТЭО у данной категории больных. Высокий риск рецидива ТГВ/ТЭЛА и более высокий риск геморрагических осложнений делает актуальным вопрос выбора наиболее эффективного и безопасного антикоагулянта. Материалы и методы. Отделение трансплантации и сосудистой хирургии ЛРКБ располагает опытом лечения 86 больных в период с 2015 по 2017 гг., у которых ТГВ нижних конечностей сочетался с наличием злокачественного новообразования. Все больные были госпитализированы по ургентным показаниям с клиникой острого ТГВ нижних конечностей. Женщин – 32 (37,2%), мужчин – 54 (62,7%). Возраст больных колебался от 48 до 76 лет. Средний возраст составил – 62 года. В 32 (37,2%) случаях у больных наблюдался рак толстой кишки, в 13 (15,1%) – рак почки, в 7 (8,1%) – рак тела матки, в 1 (1,1%) – рак яичника, в 11 (12,8%) – рак желудка, в 3 (3,5%) – рак мочевого пузыря, в 9 (10,5%) – рак легкого, в 4 (4,6%) – рак поджелудочной железы, в 6 (7%) – рак прямой кишки. В обязательном порядке всем больным выполнялось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДА) с доплеровским картированием кровотока. В 71 (82,5%) случаях тромботический процесс имел одностороннюю локализацию, в 15 (17,4%) – двухстороннюю. После верификации характера тромбоза избиралась либо активная хирургическая, либо консервативная тактика. Все больные по полу, возрасту и локализации тромботического процесса были разделены на две группы в зависимости от вида антикоагулянтной терапии. Группу I составили 47 (54,6%)

больных. В данной группе антикоагулянтная терапия включала введение низкомолекулярного гепарина (НМГ) надрупарина кальция в дозировке 86 МЕ/кг подкожно 2 раза в день в течении 10 суток с последующим переходом на варфарин. Совместный период применения варфарина и надрупарина составлял не менее 5 суток. Прием варфарина начинался с однократного приема 5 мг в течении 2 суток, с последующим контролем МНО и корректировкой дозы до целевых значений МНО 2-3. Группу II составили 39 (45,3%) больных. В качестве антикоагулянта использовался ривароксабан в дозировке 15 мг 2 раза в день в течении 21 суток, с переходом на 20 мг 1 раз в день. После основного этапа лечения ТГВ все больные направлялись на дообследование и лечение к онкологу. Эффективность антикоагулянтной терапии определялась по наличию рецидива ТГВ, ТЭЛА, степени реканализации по данным УЗДА и частоте геморрагических осложнений. Оценка производилась через 6 и 12 мес. от момента госпитализации. Результаты и обсуждение. Нам удалось отследить данные 68 больных: 37(54,4%) в I группе и 31 (45,6%) – в II группе. В I группе по данным УЗДА через 6 мес. частичная реканализация наблюдалась у 29(78,4%) больных. Через 12 мес. частичная реканализация наблюдалась у 11(29,7%) больных, полная – 26 (70,3%) больных. Во II группе через 6 мес. частичная реканализация наблюдалась у 27 (87,1%) больных, полная – 3 (6,4%) больных. Через 12 мес. частичная реканализация наблюдалась у 7(22,6%) больных, полная – 29 (77,4%) больных. За весь период наблюдения рецидив ТГВ наблюдался в 4 (10,8%) случаях у больных I группы. В 1 (1,5%) из них ТГВ сопровождался ТЭЛА мелких ветвей. Причиной рецидива ТГВ служили пропуск приёма варфарина и отсутствие надлежащего контроля МНО. Геморрагические осложнения наблюдались у 3 (4,4%) больных I группы, которые проявлялись в виде мелких кровотечений. Выводы. Несмотря на отсутствие достаточного количества клинических исследований, посвященных использованию новых оральных антикоагулянтов у онкологических больных, основываясь на полученных данных, можно судить о достаточной эффективности и безопасности данной группы препаратов.

115.ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДУОДЕНОСТЕНОЗОМ И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Коровин А.Я., Кулиш В.А., Базлов С.Б., Туркин Д.В.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Введение. Дуоденальный стеноз (ДС) одно из наиболее тяжёлых осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), требующих хирургического лечения. Вопросы хирургической тактики при ДС в присутствии дуоденального (ДК) и/или желудочного кровотечения (ЖК) до настоящего времени остаются неразрешёнными. Материал и методы. Использовали классификацию типов язвенного ДК и ЖК по J. Forrest (1974). Всем больным выполнялся ЭГДС – гемостаз, в полном объёме проводилась периоперационная современная

многокомпонентная противоязвенная терапия (МПТ) в сочетании с динамическим ЭГДС контролем. Оперативное лечение осложнённой ДС и ДК ЯБДПК проведено у 149 пациентов. Обсуждение и результаты. Использовали активную дифференцированную лечебно-диагностическую тактику. В определении показаний к экстренным и срочным операциям при ДС с кровотечением, доминировал тип кровотечения. Наши наблюдения показывают эффективность ЭГДС мероприятий и МПТ, благодаря которым определённое количество пациентов из группы с умеренным риском рецидива ДК переместились в группу с маловероятным рецидивом кровотечения, а ликвидация периульцерозного отёка корректирует стадийность ДС. В неотложной ситуации методом выбора явились предельно локальные, гемостатически направленные, оперативные вмешательства устраняющие бульбарный и постбульбарный ДС с экстрадуоденизацией или иссечением язвы-пилоробульбодуоденопластика (ПП), бульбодуоденопластика (ДП) и дуоденорезекция (ДР), без антацидных процедур. При отсроченных операциях появлялась возможность расширить арсенал операций и индивидуализировать выбор метода операции или их сочетания в сочетании с антацидными операциями. При содружественном рефлюкс - эзофагите стандартно выполнялась фундопликация по Ниссену. Общая послеоперационная летальность – 5,4%. Отмечена определённая зависимость роста летальности от немотивированного выбора метода операции при ДС на высоте ДК. Заключение. Комплексное использование ЭГДС методов и МПТ гемостаза при ДС и ДК является наиболее эффективным в хирургической практике. Активное применение комплекса даёт выигрыш во времени для гемостаза и индивидуального выбора метода операции при ДС. Применение органосохраняющих операций при избранном сочетании осложнений ЯБДПК - реальный путь улучшения непосредственных и отдалённых результатов лечения рубцово-язвенного дуоденостеноза в сочетании с гастродуоденальным кровотечением.

116. ИШЕМИЧЕСКИЙ РЕПЕРFUЗИОННЫЙ СИНДРОМ И АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Коровин А.Я., Базлов С.Б., Андреева М.Б., Трифанов Н.А.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Цель: Изучение процессов развития синдрома абдоминальной компрессии (САК) и ишемического реперфузионного синдрома (ИРС) у больных с вторичным перитонитом. Материал и методы. В рамках исследования изучено течение заболевания у 132 больных с вторичным распространенным перитонитом. Тяжесть состояния больных и динамика абдоминального сепсиса (АС) оценивалась по шкалам APACHE II, SAPS II, Мангеймскому индексу перитонита (МИП). Динамика показателей внутрибрюшного давления (ВБД) определялась опосредовано, по изменению давления в полости мочевого пузыря, через

мочевой катетер с помощью аппарата Uno Meter Abdo Pressure® Kit. В качестве маркера развития АС и ИРС использовали показатели концентрации лактата в периферической крови, которые определяли методом высокоточной капельной хроматографии с применением системы капиллярного электрофореза «Капель 104 РТ». С целью возможности сравнительной оценки результатов нами определена концентрация лактата в периферической крови у 10 здоровых добровольцев, которая составила в среднем $0,12 \pm 0,03$ мг/л. Результаты и обсуждение. Наиболее часто причиной распространенного перитонита служила перфоративная язва двенадцатиперстной кишки – 32 (%) больных и острая кишечная непроходимость 27 (%) пациентов. Ущемленная грыжа с некрозом ущемленного органа, острый некротизирующий панкреатит и перфорации толстой кишки выявлены соответственно в 15 (%), 18 и 14 (%) наблюдениях. Другими причинами распространенного перитонита служили травмы органов брюшной полости – 6 (%) перфорации тонкой кишки – 5 (%), острый аппендицит - 13 (%).и тромбоз мезентериальных сосудов - 6. Повышение показателей ВБД на момент операции выявлено у всех пациентов, которые были разделены на группы по степени тяжести внутрибрюшной гипертензии (ВБГ). Первую группу составили 23 (16,9%) больных с 1 степенью тяжести ВБГ с показателями внутрибрюшного давления $11,2 \pm 0,4$ мм.рт.ст., вторую – 39 больных с показателями ВБД $16,6 \pm 0,6$ мм.рт.ст. В группах с 3 и 4 степенью тяжести развития ВБГ уровень внутрибрюшного давления составил соответственно $27,6 \pm 1,4$ и $37,9 \pm 1,2$ мм.рт.ст. Уровень лактата крови нарастал в зависимости от уровня ВБД. Декомпрессивные мероприятия при ВБГ 1-2 степени тяжести носили консервативный характер и включали в себя продленную эпидуральную анестезию, антиоксидантную, респираторную терапию, препараты улучшающие реологические свойства крови. У больных с I и II степенью выраженности ВБГ достоверных различий концентраций лактата в периферической крови в течение всего периоперационного периода не выявлено. В течение первых 2 суток после операции отмечено умеренное повышение ВБД в среднем на 25-30% от исходных величин, обусловленное послеоперационным парезом кишечника и остаточными явлениями перитонита. В дальнейшем отмечалась тенденция к плавному снижению ВБД до нормальных величин к исходу 5-6 суток послеоперационного периода. При этом происходило повышение концентрации лактата периферической крови в среднем до $0,36 \pm 0,03$ мг/л, пик которого приходился на 1-2 сутки после начала декомпрессии брюшной полости, а также нарастанием признаков эндогенной интоксикации. Средний балл по шкале APACHE II составил $14,7 \pm 1,4$, по шкале SOFA $3,4 \pm 0,2$ балла. При 3 и 4 степени выраженности ВБГ консервативные мероприятия дополнялись интраоперационной назоинтестинальной интубацией у 29 больных или декомпрессией брюшной полости путем отказа от швов на апоневроз у 45 пациентов. Последнее мероприятие выполняли только при условии высокого (?20) прогностического индекса релапаротомии. Назоинтестинальная интубация приводила к быстрому снижению показателей ВБГ в течение суток после операции. При отказе от швов на апоневроз декомпрессия брюшной полости происходила плавно в течение 48-72 часов после операции. При этом отмечена зависимость между повышением уровня лактата периферической крови и видом декомпрессии. Из 29 больных после назоинтестинальной интубации у 17 (58,6%) течение послеоперационного периода осложнилось ИРС с развитием АС и полиорганной дисфункции различной степени выраженности, с летальностью 17,9%. У пациентов с плавной декомпрессией брюшной полости признаки ИРС выявлены в 48,9% наблюдений, а послеоперационная летальность составила 15,6%. Заключение. У больных с распространенным перитонитом и явлениями интраабдоминальной гипертензии после

декомпрессии брюшной полости возникают проявления ишемического реперфузионного синдрома. Тяжесть реперфузионных нарушений зависит от степени выраженности внутрибрюшной гипертензии, длительности ее существования и способа декомпрессии брюшной полости. Развитие ишемического реперфузионного синдрома и абдоминального сепсиса в послеоперационном периоде у больных с вторичным распространенным перитонитом требует дополнительной медикаментозной коррекции и изменения тактики лечения.

117.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Трифанов Н.А., Нарсия В.В., Кулиш В.А.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Цель. Оценить возможности диагностики и хирургического лечения обтурационной тонкокишечной непроходимости (ОТонКН). Материал и методы. Наблюдали 172 пациента с ОТонКН. Жёлчно-каменная ОТонКН – 51 случай, у 61 пациента опухолевая ОТонКН (29 - доброкачественные и 32 - злокачественные опухоли), безоары тонкой кишки – у 43 больных, инвагинация тонкой кишки – 11 случаев и грыжа Трейца у 2 больных, псевдотуморозный стеноз тонкой кишки - 4 пациента. Проводилась дифференциальная диагностика детерминированного энтеростаза. Диагностика: рентгенография, ультрасонография (УЗИ), компьютерная томография (КТ); эндоскопические и эндохирургические методы. Результаты. При жёлчно-каменной ОТонКН разобщение патологического соустья, холецистэктомия с ревизией жёлчевыводящих путей, дуоденорафией и энтеролитотомией выполнено 34 пациентам, в 5 случаях полный объём оперативного вмешательства осуществлён эндохирургически. Резекция тонкой кишки, разобщение холецистодигестивного свища, холецистэктомия произведена в 4 случаях. У 11 пациентов выполнена только энтеролитотомия, разобщение холецистодигестивного свища, холецистэктомия из минидоступа – 1; эндоскопическая дуоденолитэкстракция – 1 случай. Летальность – 6 %. Высокая опухолевая ОТонКН наблюдалась в 36,6% и низкая 63,4% случаев. Выполнялись операции: резекции тонкой кишки (радикальные и циторедуктивные), обходной илеотрансверзоанастомоз у 7 больных. Летальность - 4,9% . Из 43 больных с ОТонКН вызванной безоарами только у 17 диагноз установлен дооперационно с помощью КТ и УЗИ. Преобладали фибробезоары, стандартно выполнялась энтеротомия и устранение ОТонКН. Тонкокишечная инвагинация у 4 больных устранена резекцией кишки, 7 пациентам произведена дезинвагинация. Стандартной диагностикой была КТ. У 2 больных устранена непроходимость в грыже Трейца. У 4 больных наблюдали псевдоопухолевые стенозы на фоне прогрессирования туберкулёзного процесса – резекции сегментов тонкой кишки с

критическими стенозами. В этих группах больных летальность – 0. Заключение. В настоящее время имеются возможности для этиологической и топической диагностики ОТонКН, что позволяет определить уровень ОТонКН и планировать объем оперативного вмешательства. Выбор операционного доступа позволяет дифференцированно подходить к лечению этой категории больных и улучшить исходы операций.

118.ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Кулиш В.А., Нарсия В.В., Базлов С.Б., Туркин Д.В.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Цель. Оптимальный алгоритм комплексного лечения острого гнойного холангита. Материал и методы. Оперировано 67 больных с деструктивным холециститом (ДХ) и острым холангитом (ОГХ). Для диагностики патологии внепеченочных желчных протоков и холангита использовали до- и послеоперационные УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, интраоперационные холангиографию и фиброхоледохоскопию (ХСк). Сочетание методов позволило установить точный диагноз в 98% случаев и составить план лечения. Результаты и обсуждение. У больных ОГХ проводили консервативную терапию, предварительную декомпрессию желчных протоков и хирургическое вмешательство. Декомпрессия билиарной системы миниинвазивными методами (ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракция, назобиллиарное дренирование, чрескожная, чреспеченочная холангиостомия) выполнена при высоком риске операции у 24 пациентов. В экстренном порядке оперированы 4 больных ОГХ, осложненным местным желчным перитонитом. Срочные операции осуществлены у 63 пациентов. Выполнялись ЛХЭ, холедохотомия, литоэкстракция, ХСк, дренирование холедоха по Керу. После операции применяли санацию желчевыводящих путей озонированным физиологическим раствором, через назобиллиарный дренаж или через наружный дренаж холедоха - один раз в сутки по 50 - 60 мл в течении 3-6 дней. Использование комплексной терапии приводило к купированию клинических признаков ОГХ, снижению лабораторных показателей до нормального уровня, снижению уровня бактериальной обсемененности желчи (ниже 10 x 5 микробных тел в 1 мл), обратному развитию клинико-рентгенологических признаков острого холангита (стертость, размытость и узурация желчных протоков), синдрома системной воспалительной реакции. Заключение. ОГХ - тяжелое осложнение ДХ и холедохолитиаза, требует своевременной диагностики и срочного оптимального по объему оперативного вмешательства на фоне интенсивной терапии. Комплексное консервативное лечение способствует более быстрому купированию воспалительного процесса после эндоскопической коррекции холедохолитиаза и создает оптимальные условия для выполнения радикальной операции.

119. КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Тетерин Ю.С., Тверитнева Л.Ф.

Москва

ГБУЗ города Москвы "Научно-исследовательский институт Скорой помощи
им. Н.В. Склифосовского" Департамента Здравоохранения города Москвы

Цель: оценка эффективности комбинированного эндоскопического гемостаза (ЭГ) у больных с язвенным желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК). Материал и методы исследования: в основу работы положены результаты эндоскопической диагностики и лечения 304 пациентов с язвенным ЖКК, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с ноября 2014 по февраль 2017 г. Мужчин было 167 (54,9%), женщин - 137 (45,1%). Средний возраст больных составил $57,2 \pm 2,3$ лет. У 159 больных (52,3%) кровотечение явилось осложнением язвенной болезни. В 145 случаях (47,7%) геморрагия развилась из язв, возникших на фоне тяжелой соматической патологии. Все больные, в зависимости от метода ЭГ, были разделены на 2 группы. В первую вошли 121 больной, которым выполняли двухэтапный ЭГ, включающий в себя подслизистую инфильтрацию 0,01% раствора адреналина или инъекцию 25% раствора этанола и аргоно-плазменную коагуляцию. Во второй группе (183 пациента), дополнительно на дно язвы наносили клей «ГемоКомпакт» в количестве 2 мл. Он обеспечивал защиту образовавшегося тромба от агрессивного дуоденального и желудочного содержимого в течение суток. При большом количестве крови или сгустков в желудке и плохой визуализации источника кровотечения выполнение второго этапа гемостаза осуществляли через 4-6 часов после промывания желудка. Обязательным условием для этого являлось достижение остановки кровотечения путем инфильтрации 0,01% раствора адреналина. Всем больным, у которых были применены методы ЭГ, в течение 4-6 часов после первого исследования, проводился эндоскопический контроль. У пациентов с интенсивностью кровотечения Forrest 2c и Forrest 3 динамическое наблюдение проводили только в случае клинически значимой кровопотери. ЭГ выполнялся на фоне инфузионной терапии, включающей в себя кровезаместительные, гемостатические и антисекреторные препараты (ингибиторы протонной помпы) в виде продленной инфузии последних. Результаты исследования. При первичном осмотре признаки продолжающегося кровотечения (Forrest I a,b) были выявлены у 122 из 304 больных (40,1%), состоявшегося (Forrest II a,b) - у 182 пациентов (59,9%). Рецидив кровотечения в первые 24 часа после ЭГ развился у 7 больных первой группы (5,8%) и 3 пациентов второй группы (1,6%). Из 7 пациентов 1 группы, пятеро находились на лечении в институте по поводу тяжелой соматической патологии, и у двух больных кровотечение явилось осложнением язвенной болезни. Во второй группе это соотношение составило 2:1. Общий процент частоты рецидивов язвенных ЖКК после комбинированного ЭГ в двух группах составил 3,3%. Всем больным с рецидивом язвенного ЖКК был выполнен повторный ЭГ. В 6 случаях он оказался успешным. Оперированы по поводу рецидива ЖКК 4 больных: по 2 из каждой группы. В 3 случаях это были пациенты с кровотечением из язв, возникших на фоне тяжелой соматической патологии. Все они впоследствии умерли при прогрессировании основного заболевания на фоне кровопотери. Выводы. 1. Эффективность комбинированного эндоскопического гемостаза у

больных с язвенным желудочно-кишечным кровотечением составляет 96,7% 2. Применение аппликации клея «ГемоКомпакт» на дно язвенного дефекта снижает частоту рецидива желудочно-кишечного кровотечения с 5,8% до 1,6%. 3. Использование комбинированного эндоскопического гемостаза у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением в совокупности с инфузионной терапией, включающей современные блокаторы желудочной секреции, позволило сократить число неотложных операций на высоте кровотечения до 1,9%, а летальность среди пациентов до 1,4%.

120. 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 май 2017г. проанализирован опыт применения метода HAL-RAR у 38 пациентов. Мужчин 25 (66%), женщин 13 (34%). Возраст пациентов от 27 до 68 лет (средний возраст 44 года). Распределение по стадиям заболевания: II стадия – 9 чел. (24%), III стадия – 16 чел. (42%), IV стадия – 13 чел. (34%). У большинства пациентов имелся также наружный компонент различной степени выраженности. Сочетанная патология: у 3 пациентов хроническая анальная трещина, у 2 – 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 (10), трещины (3), гипертрофированных анальных сосочков (2), лазерная вапоризация наружных узлов (2). 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, рубцовых стриктур не было. Средний срок реабилитации перед возвратом к трудовой деятельности составил от 2 до 7 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”.

121. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ IV СТЕПЕНИ

*Долгополов В.В., Торба А.В., Долгополова Е.В., Сумишевский Э.В.,
Стешенко Ю.Ю., Чепелева И.С.*

Луганск, ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» ЛНР

Актуальность проблемы. В России по данным Российского Консенсуса (2015) у 140-150 тысяч больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) развиваются тяжелые нарушения микроциркуляции, которые приводят к высокой ампутации у 30-40 тыс. человек ежегодно, что является сложно решаемой социальной проблемой, обуславливающей актуальность проблемы ампутаций нижних конечностей при сосудистой патологии. Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей IV ст (стадия язвенно-некротических осложнений). Материал и методы. Представленная работа основана на анализе обследования и результатов лечения 103 пациентов с критической ишемией нижних конечностей IV степени, проходивших лечение, в период с 2000 по 2016 гг. в отделении сердечно сосудистой хирургии сосудов Луганской Республиканской клинической больницы и отделении хирургии Городской больницы г.Луганска. В зависимости от тактики лечения пациенты были разделены на 2 рандомизированные группы: основную группу (I) включено 63 (61,2%) больных с КИНК IVст., которым была выполнена прямая реваскуляризирующая операция, сюда же включены больные с артериализацией венозного кровотока голени и стопы. Контрольную группу (II)

составили 40 (38,8%) больных, где основным методом лечения были не прямые реваскуляризирующие операции. Параллельно проводили местное лечение язв, выполняли этапные некрэктомии, санирующие операции. По данным УЗДГ в I группе исходно ЛПИ составило 0,32, во II группе - 0,27. На основании КТ-ангиографических данных больных I группы разделили на 2 подгруппы: 1) больные (n=26) с удовлетворительными путями оттока подгруппа 1a, 2) больные (n=37) с неудовлетворительными путями оттока — подгруппа Ib. Среди деструктивных изменений в I группе влажная гангрена отмечена у 8 (12,6%), сухая гангрена - у 16 (25,4%) пациентов, а в 48 (76,2%) случаях отмечались язвенные дефекты стоп различной локализации. Во II группе трофические язвы различной локализации были в 31 (77,5%), сухая гангрена - в II (27,5%), влажная гангрена - в 11 (27,5%) случаях. Обсуждение полученных результатов. При оценке ближайших результатов хирургического лечения через 6 месяцев у 76,9% подгруппы больных с удовлетворительным дистальным руслом удалось добиться полной регенерации трофических расстройств, сохранялась язва у 11,5%, тромбоз шунта - в 15,4% случаев, высокая ампутация выполнена у 7,7% больных, летальность составила 3,8%. В подгруппе больных с неудовлетворительным дистальным руслом через 6 месяцев у 46% больных удалось добиться полной регенерации трофических расстройств, сохранялась язва у 40%. Тромбозы шунтов отмечены в 32% случаев, высокая ампутация выполнена у 27% больных, летальность составила 8,1%. В группе с не прямой артериальной реконструкцией у 35% больных удалось добиться полной регенерации трофических расстройств, сохранялась язва у 32%. Высокая ампутация через 6 месяцев выполнена у 32,5% больных, летальность составила 5%. В отдаленном послеоперационном периоде (до 2-х лет наблюдения) в группе I, частота купирования явлений критической ишемии и сохранность конечности составила 69,1%, а выживаемость - 79,4%, в группе II конечность удалось сохранить у 40% больных, а критическую ишемию купировать у 33,3%, выживаемость составила 62,5%. Выводы и рекомендации. 1. Хирургическая реваскуляризация у больных с КИНК должна выполняться у всех больных независимо от этиологии заболевания и тяжести ишемии нижних конечностей, за исключением тех случаев, когда хирургическое вмешательство противопоказано из-за тяжести сопутствующей патологии. 2. Реконструктивные операции проводятся больным при условии проходимости хотя бы одной артерии голени, т.е. при баллах оттока в пределах 1-8,5. При отсутствии условий реконструктивной операции и баллах оттока 9-10 выполняется артериализация венозного кровотока стопы, либо не прямая артериальная реконструкция. Противопоказаниями к реваскуляризирующим операциям на сосудах являются сочетание поражения стопы и голени гнойно-некротическим процессом, наличие у больного необратимой ишемии конечности, выраженные сопутствующие заболевания. 3. Больным с влажной гангреной или флегмоной стопы проводится 3-этапное хирургическое лечение: санация гнойного очага сразу после поступления в стационар, сосудистая реконструкция и закрытие раневого дефекта стопы. Пациенты с сухим некрозом дистальных отделов конечности оперируются в 2 этапа: реваскуляризация и санирующая операция на стопе.

122.СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Мохов Е.М., Кадыков В.А., Морозов А. М., Чарьев Ю.О.

Тверь

1) ФГБОУ ВО ТГМУ, 2) ГБУЗ ГКБ №7

Актуальность. Койко-день - показатель, использующийся в качестве условной единицы измерения мощности больницы, степени рациональности использования ее коечного фонда. Этот показатель характеризует также организацию и качество лечебно-диагностического процесса. По данным статистики, сокращение средней длительности пребывания больного только на один день позволило бы госпитализировать в нашей стране дополнительно свыше 3 млн. больных. Материалы и методы. Настоящее исследование проводилось на базе хирургического отделения ГБУЗ ГКБ № 7 города Твери. Обработке подверглись 397 историй болезни пациентов с острым флегмонозным аппендицитом, лечившихся в 2013-2017 гг. При этом были исключены больные с острым гангренозным аппендицитом по причине большого количества осложнений, связанных с состоянием реактивности организма, а не с техникой оперативного лечения. Больные разделены на 2 группы. В первую (контрольную) вошли пациенты (94), оперированные классическим способом в 2013 году. 2013 год был признан контрольным, так как именно с 2014 года в клинику была активно внедрена лапароскопическая аппендэктомия. Во вторую группу включено 303 больных, в лечении которых применялась лапароскопическая аппендэктомия. В каждой группе было подсчитано среднее время пребывания больного в стационаре. Результаты. В первой (контрольной) группе средний койко-день составил 6.9. Во второй группе показатель оказался равным 4.8. Таким образом, при лапароскопической аппендэктомии средний койко-день снизился на 30.43%. Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что внедрение метода лапароскопической аппендэктомии, ведет к уменьшению времени пребывания больных в стационаре, что удешевляет их лечение.

123.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ - ДИНАМИКА РОСТА

Мохов Е.М., Кадыков В.А., Морозов А. М., Чарьев Ю.О.

Тверь

1) ФГБОУ ВО ТГМУ, 2) ГБУЗ ГКБ №7

Актуальность. В нашей стране, начиная с 90-х годов, лапароскопическая аппендэктомия используется в работе ряда стационаров, однако массовый характер ее внедрения

прослеживается далеко не в каждом ЛПУ даже в настоящее время. Материалы и методы. Исследование выполнено на клиническом материале хирургического отделения ГБУЗ ГКБ № 7 города Твери. Обработке подверглись 303 истории болезни пациентов, оперированных по поводу острого флегмонозного аппендицита в 2014-2017 гг. Всем больным была произведена лапароскопическая аппендэктомия. Больные острым гангренозным аппендицитом не учитывались по причине высокого количества осложнений, связанных с реактивностью организма, а не с техникой оперативного лечения. Истории болезни были разделены на две группы. В первую (контрольную) группу вошли 83 больных, оперированных лапароскопическим доступом по поводу острого флегмонозного аппендицита в 2014 году (год внедрения в клинику лапароскопической аппендэктомии). Во вторую группу включили 220 больных, оперированных лапароскопическим доступом с острым флегмонозным аппендицитом в 2015-2017 гг. В каждой группе подсчитан средний койко-день. Результаты. В первой (контрольной) группе средний койко-день составил 5.4, во второй - 4.6 т.е. снизился на 14.8%. Выводы. Полученные данные должны учитываться в медицинских учреждениях при лечении больных с острым аппендицитом.

124.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНО-СПАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Негребов М.Г, Антонов О.Н., Пугаев А.В., Кимпаев С.А., Орлов А.А., Трухин И.В.

Москва

Первый МГМУ имени И.М. Сеченова

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) является одним из наиболее распространенных заболеваний. Количество ежегодно выполняемых операций по поводу осложнений ДБОК не уменьшается, а наоборот, имеется тенденция к их росту. Причинами неудовлетворительных результатов и летальности являются: отсутствие единой хирургической тактики, четких критериев для дифференцированного выбора способа операции, поздняя обращаемость, наличие сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. В связи с этим, поиск эффективного лечения осложнений ДБОК приобретает общегосударственное значение. Изучили результаты обследования и лечения у 676 пациентов, которые находились на лечении в хирургических отделениях ГКБ № 67им. Л.А. Ворохобова г. Москва в период с 2011 по 2013 г. Из 676 (100%) больных 300(44,4%) обратились за помощью через 12 часов с момента возникновения заболевания и 357(52,8%) через 24 часа и более. Из 676(100%) пациентов с ДБОК, у 409(65%) госпитализация была обусловлена явлениями дивертикулита, у 9(1,3%) образованием инфильтрата брюшной полости с абсцедированием или без, у 233(34,5%) кишечным кровотечением, у 4(0,6%) образованием свища, а у 21(3,1%) перфорацией дивертикула, перитонитом. На основании проведенного анализа установили, что средний возраст составил 56 лет. Женщин было 494(73%), а мужчин

182(27%). Для подтверждения диагноза всем пациентам выполняли: Обзорную рентгенограмму брюшной полости, УЗИ брюшной полости, колоноскопию, ирригографию, а в 25(3,7%) случаях была произведена диагностическая лапароскопия. Проведенные исследования позволили установить, что у 431(63,8%) пациента дивертикулы преимущественно локализовались в сигмовидной кишке, у 113(16,7%) в поперечноободочной кишке и у 132(19,5%) во всех отделах ободочной кишки. Из 676(100%) пролеченных больных оперировано было 34(5%). Показанием к операции явились: в 21(61,8%) наблюдении перфорация дивертикула, в 9(26,5%) случаях абсцесс брюшной полости, в 4(11,8%) свищи. В экстренном порядке преимущественно выполняли операцию типа Гартмана и петлевую колостомию, 6 и 28(82,4%) соответственно. У 14(41,2%) оперированных пациентов возникли осложнения в раннем послеоперационном периоде. Причинами летальных исходов явились: ОИМ в 2-х случаях, ТЭЛА в 3-х наблюдениях, пневмония в 2-х случаях. Провели анализ длительности пребывания больных в стационаре. Наименьшее количество койко-дней установили у больных, которым оперативные вмешательства не осуществляли и с петлевыми колостомами, а наибольшее у пациентов, которым выполняли операции типа Гартмана. Средний койка день составил 7,6.

125.ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Мохов Е.М., Кадыков В.А., Морозов А. М., Чарьев Ю.О.

Тверь

1) ФГБОУ ВО ТГМУ, 2) ГБУЗ ГКБ №7

Актуальность. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит составляет 89,1 %, занимая среди них первое место. Заболеваемость острым аппендицитом приблизительно равна во всех странах мира и составляет 4—5 случаев на 1000 человек в год. Несмотря на длительную историю вопроса о диагностике острого аппендицита, последний остается одним из самых сложно дифференцируемых заболеваний, не имея патогномоничных симптомов и довольно часто протекая латентно, что при диагностике может поставить в тупик даже опытных хирургов. Появление лапароскопической техники ознаменовало новую эпоху в хирургии острого аппендицита. Материалы и методы. Исследование проводилось на базе хирургического отделения ГБУЗ ГКБ № 7 города Твери. Обработке подверглись 463 истории болезни пациентов с острым аппендицитом за 2013-2016 гг. Было определено количество операций по поводу острого аппендицита, и выявлено количество больных с острым катаральным аппендицитом. Истории болезни были разделены на четыре группы. В первую (контрольную) группу вошли больные, оперированные по поводу острого аппендицита в 2013 году, их число составило 130. Во вторую группу вошли больные, оперированные по поводу острого аппендицита в 2014 году, их было 126. В третью группу

вошли больные, оперированные по поводу острого аппендицита в 2015 году в количестве 107. В четвертую группу вошли больные, оперированные по поводу острого аппендицита в 2016 году (108). Специально необходимо отметить, что 2014 год, стал переходным от аппендэктомии классическим доступом к лапароскопической аппендэктомии и, соответственно, к лапароскопической диагностической операции для верификации острой хирургической патологии. Результаты. В первой (контрольной) группе больные с острым катаральным аппендицитом (7) составили 5%, во второй группе (1) 0.8%, в третьей (2) 1.1%, в четвертой (1) 0.9%. Необходимо отметить, что по сравнению с контрольной группой количество больных с острым катаральным аппендицитом уменьшилось практически в 5 раз, в то же время общее количество больных с острым аппендицитом сократилось почти на 17%. Выводы. С введением диагностической лапароскопии отмечается снижение количества неоправданных аппендэктомий, вместе с этим расширяются возможности диагностического поиска и повышается вероятность более точной верификации диагноза даже в случаях с атипичным течением заболевания.

126.АНАЛИЗ ТРАДИЦИОННОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Рыбаков Г.С (1,2)., Исаев А.И., Корсатьян Г.С., Кузнецова М.А.

Москва

МГМСУ им. А.И.Евдокимова, ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого. Москва.

Актуальность. Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки осложняется перфорацией от 5 до 15%. Перфорация локализуется на передней поверхности пилоробульбарной зоны до 75%. Летальность колеблется от 1,5 до 15%. Цель исследования- определить преимущества и недостатки видео-эндоскопического ушивания перфоративной язвы пилоробульбарной зоны. Материал и методы: Проведен анализ лечения 340 больных от 24 до 92 лет. Молодого возраста - 121(35,6%), пожилого - 170(50%), старческого - 49(14,4%). М - 217(63,8%), Ж - 123(36,1%), Прямо в ОРИТ с диагнозом перитонит госпитализировано 73(21,5%) больных. Вовремя операции учитывали диаметр перфорации: до 2мм - I степень; от 2 мм до 5 мм - II степень; от 5 мм до 10 мм - III степень; 10 мм - IV степень и величину инфильтративного вала: до 5 мм - А; от 5мм до 10мм - В; 10мм - С. Методика ушивания определялась в соответствии с классификацией А.С.Ермолова и соавт.(2014). Операцией выбора при перфоративных пилородуоденальных язвах, без сопутствующих осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, пенетрация), являлось ушивание перфорации, предпочтение отдавали лапароскопическому доступу. Противопоказанием считали распространенный разлитой перитонит и перфорацию 12-перстной кишки диаметром более 10мм. Результаты. Ушивание язвенных дефектов 267(78,5%) больным было произведено, однорядным швом. Язвенный дефект располагался на передней стенке пилорического отдела желудка, ближе к малой

кривизне, у 112 (32,9%) больных, на передней стенке луковицы 12 перстной кишки у 147 (43,2%) больных и у 8 (2,4%) больных в позадуловокишечной области. Всем больным заводился назоюнальный зонд, для снижения внутрикишечного давления, раннего лаважа электролитными растворами и при необходимости в последующем кормления. Размер дефекта колебался от 2 до 7 мм. В пяти случаях, при сомнениях в герметичности, повторно выполнено ФГДС с введением до 1,5 л воздуха. Герметичность подтверждена, дополнительного ушивания не потребовалось. Летальных исходов и осложнений в этой группе больных не было. В ОРИТ госпитализировано 73 (21,5%) пациента с перитонитом, гиповолемией и полиорганными изменениями обусловленными возрастом, коморбидностью и поздним поступлением. После коррекции лапароскопия была произведена у 57 (78,0%) больных. Перфорация локализовалась в пилорическом отделе у 45 (78,9%) больных, в луковице 12 перстной кишки у 12 (21,0%) больных. Размеры язвы колебались от 5 до 15 мм, с каллезными краями и инфильтративным валом от 5 до 10 мм. Только 20 (35%) больным удалось ушить перфорации с учетом классификации. Конверсия произведена в 37 (64,9%) случаях. Лапаротомия выполнена у 53 (15,6%) больным, в минимальном объеме - иссечение краев язвенного дефекта, пилоропластика и заведение назоэнтерального зонда на 40-60 см. Наиболее тяжелой была группа больных старческого возраста, состоявшая из 7 (9,6%) пациентов. Они оперированы по жизненным показаниям, выполнено - ушивание перфорации с оментопластикой. В послеоперационном периоде, несмотря на лечение в отделении реанимации у всех больных после традиционного доступа развились осложнения. Несостоятельность в зоне ушитой перфорации отмечена у 2 больных. Энцефалопатия развилась у 6 больных, у 2-х из них имелась дыхательная недостаточность на фоне ХНЗЛ, сердечная недостаточность имелась у 5 больных, в виде постинфарктного коронарокардиосклероза, мерцательной аритмии и экстрасистолии. Умерло 7 (2%) больных. Выводы: 1. Ретроспективный анализ подтвердил преимущества эндоскопического метода ушивания язвенных перфораций у 78,5%. 2. Больным страдающим коморбидностью и осложнениями в виде перфорации, каллезного инфильтративного вала, и/или распространенного перитонита в 64,9% выполнена конверсия.

127.КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Рыбаков Г.С(1,2.), Исаев А.И., Корсатъян Г.С.

Москва

МГМСУ им. А.И.Евдокимова, ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого. Москва.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения деструктивного панкреатита путем ранней коррекции осложнений с помощью миниинвазивных технологий. Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ -258 больных деструктивным панкреатитом (ДП).

Концепция диагностики и лечения основана на протоколах клинических рекомендаций РОХ,С-П, (2014). Основное внимание уделено использованию миниинвазивных(МИ) диагностических и лечебных технологий. В зависимости от сроков развития и локализации выявлены осложнения: Ранние 162 (62,8%); поздние-96(37,2); местные (сальниковая сумка - 162); диффузные (сальниковая сумка, брюшная полость – 52()); распространенные (сальниковая сумка, брюшная полость, забрюшинное пространство-44); Ранние осложнения: панкреатогенный шок -35; ферментативный перитонит-96; острая дыхательная недостаточность(острый респираторный дистресс- синдром, отек легких, гидроторакс, экссудативный плеврит) -108; острая почечная недостаточность-37; острая печеночная недостаточность-72; интоксикационный делирий(церебральная энцефалопатия, интоксикационная ферментативная энцефалопатия) -48; парапанкреатический инфильтрат-197; инфильтрат забрюшинной клетчатки-75; динамическая кишечная непроходимость-258; механическая желтуха 44; острые жидкостные скопления (полисерозит)-51. Поздние осложнения: асептическая флегмона парапанкреатической и/или забрюшинной клетчатки 43; абсцесс сальниковой сумки20, инфицированная флегмона парапанкреатической и /или забрюшинной клетчатки-15; гнойно-некротическая секвестрация ПЖ, парапанкреатической и /или забрюшинной клетчатки47; абсцесс брюшной полости 7; панкреатогенный сепсис72; гнойный распространенный перитонит 7; свищи (панкреатический-78); толстокишечный 5; тонкокишечный 2; кровотечение (желудочное 11; аррозивное5; перфорация желудка-2. Результаты: Энтеральный лаваж через зонд проведен 224больным. Лапароскопия (ЛС)-154 больным, 117как МИ лечебное вмешательство. Санация и дренирование ОЖС брюшной полости 138 больным, ССС и дренирование 86 больным, ХС- 65 больным. ЭРХПГ, ЭПТ 75 больным с БП и А-АП. Стентирование ОЖ и/или ВП 75 пациентам. Открытые операции из мини-доступа (М-Д) 47 больным. Мини-люмботомия справа и /или слева дополнена в 37 случаях. Традиционная лапаротомия(ТЛ) 7 больным с фибринозно-гнойным перитонитом. Программные санации производили через 24-72 часа. Осложнения в группе больных после М-Д развились в 19(11,4%)случаях. Кровотечение из аррозированных сосудов у 15(8,9%) пациентов, толстокишечный свищ наблюдался у 3(1,8%) больных, тонкокишечный свищ у 1(0,6%) больного. Летальных исходов при СПН не было. В группе с ИПН умерло 32(12,0%) пациента на фоне ПС. Использование лечебной ВЛС позволило снизить число осложнений-7(8,1%), а летальность на 5(5,8%)больных. Общая летальность равна 0,3%. Выводы: 1. Использование МИ и эндоскопических технологий в зависимости от фазы развития и тяжести течения ПНпозволяет наиболее своевременно и адекватно проводить активную тактику лечения больных ДП и улучшить результаты лечения. 2. Стентирование общего желчного и Вирсунганова протоков, позволило избежать значительного числа (42,7%) осложнений и снижения летальности на 10,6% у больных с использованием видеоэндоскопических и миниинвазивных технологий.

128.ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ПАНКРЕАТОГЕННЫМ СЕПСИСОМ

Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Исаев А.И., Корсатьян Г.С.

Москва

МГМСУ им. А.И.Евдокимова, ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого.

Актуальность. Частота развития заболевания острым панкреатитом занимает в группе ургентной хирургии, от 5-10 % от общего числа больных. По данным отчетов главных хирургов регионов и на международном уровне, летальность от осложненного острого панкреатита не опускается ниже 20% . Основная причина летальных исходов от 60-80%, гнойные осложнения и сепсис. Цель исследования: Определить современные критерии диагностики панкреонекроза(ПН) и панкреатогенного сепсиса(ПС), позволяющие установить своевременную и рациональную тактику лечения больного. Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ лечения 602 больных ПН и ПС. Стерильный ПН выявлен у 378(62,8%). Инфицированный панкреонекроз(ИПН) у 224(37,2%). Анализу подвергнута группа с ИПН. М-175(78,1%), Ж-49(21,8%). Преобладали больные в возрасте от 21 до 60 лет- 143(63,8%). Основная причина ИПН - алиментарные нарушения 154(68,7%), билиарный ПН -56(25%), сосудистый ПН-14(6,25%). Деструкция в области головки ПЖ - 35(15,6%), тела - 21 (9,3%), в хвосте -34(15,2%). Субтотальное поражение -17(7,5%), тотальное -14(6,3%) пациентов. Панкреатогенный абсцесс-47(21%), флегмона парапанкреальной и забрюшинной клетчатки - 31(13,8%) , инфицированная киста ПЖ -56(25%)больных. Тяжесть течения по SAPS, у всех больных от 11-12баллов. Панкреатогенный шок диагностирован-27(12,1%), коморбидность у 112(50%) больных. Диагностический процесс включал критерии тяжелого панкреатита: Клинические проявления, тяжесть состояния по одной из международных бальных систем, признаки синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), признаки СПОН, маркеры некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, УЗИ и КТ брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, ЭРХПГ, ЭПСТ, дренирование и стентирование протоков, рентгеноскопия, видеолапароскопия. Результаты:Анализ клинических наблюдений подтвердил, что основными факторами панкреатогенного сепсиса являются инфицированный панкреонекроз и его осложнения: Субтотальное и тотальное поражение ПЖ 31(13,8%) с флегмоной парапанкреальной, забрюшинной клетчатки и формированием панкреатогенных абсцессов 12(5,4%), инфицированная псевдокиста-14(6,3%). Всем больным выполнены миниинвазивные вмешательства с лечением в ОРИТ. Лапароскопическая санация сальниковой сумки, брюшной полости и холецистостомия-204(91%). Дренирование сальниковой сумки под УЗИ при абсцессах - 47(21%), при нагноившейся псевдокисте 56(25%). ЭРХПГ+ПСТ-127(56,7%), стентирование холедоха- 59(26,3%), стентирование ГПП- 24(55,4%). Санация сальниковой сумки , забрюшинного пространства и люмботомия из мини-доступа с лапаростомией выполнены 17(7,6%) больным. Умерло в этой группе 24(10,7%), из них суточная летальность-14(58,3%)больных от СПОН и эндогенной интоксикации. Осложнения по данным вскрытия: Фибринозно-гнойный бурсит-3(12,5%) , неразрешившаяся инфицированная флегмона забрюшинной клетчатки-11(4,9%), фибринозный перитонит-5(2,2%), аррозивное кровотечение-2(0,9%)больных. По нашему мнению методы неинвазивной лучевой диагностики органов брюшной полости наиболее эффективны на

ранних стадиях развития острого панкреатита. В настоящее время широко используются эндоскопические вмешательства (ЭРХПГ, ЭПСТ, стентирование протоков), определяющие дальнейшую тактику лечения и исход заболевания. Видеолапароскопия один из основных методов не только диагностики, но и лечения ПН. Использование лапароскопии после традиционной лапаротомии технически затруднено и малоинформативно. Наиболее информативным методом исследования является компьютерная томография с контрастированием. Выводы: 1. Рациональный диагностический алгоритм должен включать лабораторные маркеры ИПН и ПС. 2. Маркером ПС при ИПН являются прокальцетонин и положительные посевы крови. 3. Основными возбудителями инфекции являются грамотрицательные микроорганизмы -58% E.coli, энтерококки от 3 до 40%, стафилококки от 2-57%, грибы и анаэробные микро-организмы.

129. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сингаевский А.Б. (1), Петров С.В. (2), Сизуа Б.В. (1), Курков А.А. (1)

Санкт-Петербург

- 1) СЗГМУ им. И.И. Мечникова
- 2) СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница"

Забрюшинное расположение поджелудочной железы (ПЖ) обуславливает сравнительно редкое ее повреждение и нечеткость клинической картины, затрудняющее диагностику и лечение, что приводит к целому ряду осложнений. Летальность по данным разных источников может достигать 73%. Цель исследования: Улучшить результаты лечения пострадавших с повреждением ПЖ. Материалы и методы. Были проанализированы результаты лечения 141 пациента с травмой ПЖ. Из них 82 пациента, находившихся на лечении с 1991 по 2003 годы составили контрольную группу, 59 пациентов, пролеченных с 2004 по 2015 годы — группу исследования. Обе группы были сопоставлены по половому и возрастному признакам. По механизму повреждения преобладали пострадавшие с автотравмами, а так же травмами бытового и криминального характера. Тяжесть повреждения ПЖ оценивалась по шкале органических повреждений Американской ассоциации хирургии травмы (AAST). Основной объём в обеих группах составили пострадавшие с I и II степенью повреждения, при которых отсутствует повреждение панкреатического протока. Пациенты с V степенью повреждения нам не встречались. Результаты и обсуждение. В основной группе УЗИ выполненной у 46 из 56 пострадавших с закрытой травмой живота (ЗТЖ) при этом изменения ПЖ выявлены лишь в двух случаях (4,3%), при IV степени травмы по AAST. Косвенные признаки повреждения внутренних органов выявлены у 39 пациентов (84,8%). В 6 случаях никаких патологических изменений выявлено не было (13,0%). В контрольной группе данное исследование было проведено в 38 из 82 случаев ЗТЖ. Изменения со стороны ПЖ в данной группе выявлены лишь в 1 случае, где имел место разрыв головки. Мультиспиральная

компьютерная томография выполнена у 7 пациентов из второй группы в стабильном состоянии при отсутствии каких-либо выявленных изменений со стороны органов брюшной полости при УЗИ. Изменения со стороны ПЖ были выявлены лишь у 1 пациента с ЗТЖ неизвестной давности с гнойно-некротическими изменениями паренхимы ПЖ. У 5 пострадавших выполнение МСКТ позволило выявить косвенные признаки повреждения соседних с железой органов и структур. Все пострадавшие из обеих групп были оперированы. Диагностическая лапароскопия применена в 55,9% случаях в основной группе против 31,7% в контрольной группе. В остальных случаях сразу выполнялась лапаротомия. Внедрение современных инструментальных методов диагностики позволило сократить среднее время от момента госпитализации пострадавшего с ЗТЖ до оказания ему оперативного пособия с $10,7 \pm 3,7$ до $4,0 \pm 1,4$ часов ($p < 0,05$). Лапароскопия во всех случаях позволила выявить либо непосредственные повреждения внутренних органов, либо их косвенные признаки в виде гемоперитонеума. Тактика и объем операции на ПЖ был обусловлен степенью ее повреждения по классификации AAST. Резекция ПЖ выполнялась в большинстве случаев при III степени повреждения, когда имело место повреждение хвоста железы с нарушением целостности панкреатического протока. Ушивание применялось с гемостатической целью при повреждении целостности сосуда в проекции ПЖ. Тампонирование сальниковой сумки в основной группе применялось лишь в 2 случаях в рамках тактики «damage control», в контрольной группе — в 29 случаях. Все операции заканчивались дренированием брюшной полости. Самым частым осложнением травмы ПЖ явился панкреатит — 20,3% в структуре всех осложнений в основной группе и 36,6% в контрольной группе. Из гнойно-септических осложнений наиболее часто встречались абсцессы брюшной полости, сальниковой сумки и флегмоны забрюшинного пространства. При этом самой частой причиной гнойно-септических осложнений в контрольной группе было тампонирование сальниковой сумки — 63,6% случаев, а в основной группе — после резекции ПЖ (33,3%). Благодаря совершенствованию лечебно-диагностической тактики отмечено снижение общей летальности при ЗТЖ с повреждением поджелудочной железы с 27,6% до 16,9%, а средний показатель койко-дня с $27,6 \pm 2,9$ до $21,6 \pm 2,0$ ($p < 0,05$). Выводы. Внедрение в практику современных диагностических методов и совершенствование хирургической тактики привели к уменьшению частоты послеоперационных осложнений и снижению летальности. Применение современных методов лучевой диагностики оправдано лишь для сокращения сроков обследования и уточнения показаний к лапароскопическим или открытым вмешательствам. Выбор объема оперативного вмешательства на поджелудочной железе должен основываться на степени ее повреждения и тяжести состояния пациента. Тампонирование сальниковой сумки рационально лишь в рамках лечебной тактики «damage control».

130. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО БУЖИРОВАНИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА

Столяров С.И., Добров А.В., Можайкина О.Ю., Лепешкин А.П., Рыжков Р.В., Свеклов А.М.

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Актуальность. Лечение рубцовых стриктур пищевода остается сложной проблемой хирургии органов пищеварения, количество больных с такими поражениями пищевода не уменьшается. Для них также характерно развитие тяжелых осложнений, которые характеризуются расстройством водно-электролитного, жирового, белкового, витаминного баланса. Оценивая результаты применения неоперативных методов при рубцовых сужениях пищевода, большинство авторов считает, что основным методом лечения остается бужирование, а остальные способы носят вспомогательный характер и могут включаться в комплекс лечебных мероприятий. По данным различных авторов эффективность бужирования достигает 70-96%. Цель исследования: Проанализировать результаты эндоскопического бужирования пищевода в условиях хирургического торакального отделения. Материалы и методы. За период с 2008 по 2016 г. эндоскопическое лечение проведено нами у 298 больных в возрасте от 18 до 94 лет с доброкачественными рубцовыми стенозами пищевода. Мужчин было 161 (54%), женщин – 137 (46%). Средний возраст составил $53,7 \pm 0,9$ года (Me 56, Mo 55). У 245 (82,2%) наблюдались ожоговые стриктуры, у 36 (12,1%) – пептические стриктуры, у 17 (5,7%) – стриктуры другой этиологии. Перед проведением бужирования пищевода всем больным выполнялись рентгеновское исследование пищевода и фиброэзофагоскопия с целью определения степени стеноза, его уровня и протяженности. Стеноз I степени имелся у 32 (10,7%), стеноз II степени (6-8 мм) был диагностирован у 72 (24,2%), III степени (3-5 мм) - у 172 (57,8%), IV (0-2 мм) – у 22 (7,3%). Сужения до 3 см (короткие стриктуры) имелись у 227 (76,2%), протяженные (более 3 см) – у 71 (23,8%). Бужирование по металлической струне с пружинным проводником полыми эластическими бужами типа Savary-Gilliard проводилось следующим образом. Для премедикации использовались холинолитики и ненаркотические анальгетики. Под контролем фиброволоконного эндоскопа металлическая струна с пружинным проводником устанавливалась через суженный участок пищевода в просвет желудка. Затем на струну насаживался полый буж, который плавно проталкивался через стриктуру. Металлический проводник предотвращает отклонение кончика бужа в сторону, и таким образом, уменьшает вероятность перфорации стенки пищевода. Лечение проводилось курсами. В ходе сеанса бужирования последовательно использовались 2-3 бужа возрастающего диаметра. Количество бужирований одному больному от 2 до 10. 298 больному выполнено 887 бужирований (в среднем 3 бужирования одному пациенту). Результаты и обсуждение. Удалось добиться хороших и удовлетворительных результатов у 287 пациентов, у 11 восстановить проходимость пищевода при бужировании не удалось. У всех имелась протяженная стриктура. Им для энтерального питания наложена гастростома. Частые эпизоды ретенноза наблюдались у 29 больных, в последующем им выполнены реконструктивно-пластические операции. Перфорационные осложнения наблюдались у 5 (1,7% на количество больных, 0,6% на количество бужирований). Перфорации пищевода – 3, перфорации передней стенки желудка – 2. Им выполнены следующие операции: торакоскопия справа, медиастинотомия, дренирование средостения и

плевральной полости – 1, лапаротомия, транسخиатальная медиастинотомия, ушивание дефекта пищевода, фундопликация по Ниссену – 2, лапаротомия, ушивание дефекта желудка – 2. Летальных исходов не наблюдалось. Выводы. Бужирование по направляющей струне под эндоскопическим контролем является эффективным методом для лечения доброкачественных стенозов пищевода. Осложнения при бужировании пищевода по струне возможны (перфорация, кровотечения), но их количество минимально по сравнению с методами бужирования «вслепую». Неоперативные эндоскопические методы лечения рубцовых стенозов пищевода должны выполняться в стационарах, имеющих опыт оперативных вмешательств на пищеводе. Для профилактики рестеноза необходимы повторные курсы бужирования. При неэффективности бужирования с применением эндоскопической техники, невозможности проведения бужирования, у пациентов с тенденцией развития быстрого рестеноза необходимо решать вопрос в пользу проведения реконструктивно-пластических вмешательств на пищеводе.

131.ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ПУПОЧНАЯ ГЕРНИОРАФИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Федоров А.В., Кайынбаев Г.У., Рассулов Н.Ф.

Алматы

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Актуальность проблемы. Частота пупочных грыж составляет 12-15% от общего количества грыж в детской хирургии. Пупочная грыжа чаще встречается у девочек в возрасте до 10 лет. К проявлению пупочной грыжи приводят дефекты недостаточно развитой брюшинной фасции, а также слабость верхнего отдела пупочного кольца при повышении внутрибрюшного давления. Известно, что при пупочной грыже у маленьких детей в значительном числе случаев происходит самоизлечение ребенка (при развитии мышц брюшного пресса). С возрастом у ребенка развивается мускулатура живота, пупочное кольцо закрывается и грыжа исчезает. Обычно это происходит к 2-3 годам жизни, но даже до 5-6 лет можно рассчитывать на эффективность консервативного лечения и самоизлечение. В более поздние сроки пупочное кольцо, как правило, самостоятельно не закрывается и необходимо оперативное вмешательство. Операция выполняется не раньше 6 лет. Главным образом используются следующие методики: Лексера, Шпиц, Сапежко. Указанные методики представляют пластику местными тканями. С приходом лапароскопических технологий появилась возможность минимизировать операционную травму с одновременным достижением максимального косметического эффекта. Это обстоятельство актуально не только для современных условий социальной бьютисферы, но и для детской хирургии. В последнее время в специализированной литературе появились публикации, касающиеся метода герниорафии по способу Р.В. Мяконького, который используется при пупочных грыжах небольших размеров у взрослого населения. Результаты предлагаемого метода представляются весьма

обнадеживающими, как с практической точки зрения, так и с экономической стороны. Однако в доступной литературе не удается найти работ показывающих результаты герниорафии по Р.В. Мяконькому в детской хирургии. Цель работы. Предложить оптимизированный вариант пупочной герниорафии по Р.В. Мяконькому для хирургии детского возраста. Материалы и методы. Учитывая специфику детской герниологии, связанную с особенностями детского организма, нам представляется обоснованным использование герниорафии по Р.В. Мяконькому именно в детской хирургии. Предлагаемая методика достаточно проста и легко воспроизводима. Возможна адаптация данного метода к хирургии детского возраста с сокращением количества требующихся инструментов. Оснащение «детского» инструментального набора для герниорафии по Р.В. Мяконькому: стандартная лапароскопическая стойка; лапароскопические инструменты: троакары со стилетом диаметром 5 мм – 1 шт.; общехирургические инструменты: зажим Бильрота, иглодержатель Гегара, игла хирургическая режущая с изгибом 3/8 окружности или лыжеобразная игла, лигатуры из нерассасывающегося шовного материала. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Положение ребенка на спине. Расположение операционной бригады: слева от пациента оператор, операционная медицинская сестра на противоположной стороне справа. По среднеключичной линии слева в мезогастрии параллельно пупку скальпелем производится разрез кожи длиной 5 мм. Подняв тремя пальцами переднюю брюшную стенку, хирург через разрез вводит в брюшную полость троакар со стилетом диаметром 5 мм. Стиллет извлекается в брюшную полость инсуффлируется углекислота и вводится лапароскоп с косой оптикой, выполняется ревизия брюшной полости. Особое внимание уделяют области грыжевого дефекта. Как правило, грыжевые ворота свободны, грыжевой мешок пуст. Определив края грыжевых ворот, с помощью скальпеля около пупка с обеих сторон на глубину кожи производится несколько насечек длиной 2-3 мм. Под контролем лапароскопа с помощью режущей иглы с изгибом 3/8 окружности и иглодержателя Гегара или лыжеобразной иглы производится наложение швов. Игла проводится подкожно над апоневрозом с частичным его захватом в петлю, при этом игла должна выйти через насечку противоположной стороны от пупка. После этого из брюшной полости удаляется лапароскоп. Открыв троакар необходимо удалить углекислоту 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. Относительно грыжевых ворот получают вертикальные П-образные швы. Края насечки поднимаются и адаптируются с помощью зажима Бильрота. Последовательно погружаются все узлы. Насечки не требуют ушивания. Возобновляется карбоксиперитонеум, производится оценка адекватности ушивания грыжевых ворот со стороны брюшины. Ревизия брюшной полости. Удаление углекислоты из брюшной полости. Ушивание троакарной раны. Результаты и обсуждение. Адаптированная для детской хирургии герниорафия по Р.В. Мяконькому позволяет минимизировать сроки пребывания ребенка в стационаре, обладает хорошим косметическим эффектом и не противоречит герниологическим принципам хирургии детского возраста. Выводы. Опыт выполнения 40 лапароскопических герниорафий пупочных грыж по Р.В. Мяконькому у детей от 6 до 10 лет позволяет подтвердить эффективность, простоту и несложность воспроизведения этой методики. Рекомендации. Метод видеоассистированной пупочной герниорафии по Р.В. Мяконькому может быть рекомендован для широкого внедрения в отделениях детской хирургии как метод выбора оперативного лечения пупочных грыж у детей от 6 до 10 лет.

132. СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ – НЕРЕШЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

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

Москва

Филиал ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ

Спаечная болезнь органов брюшной полости остается одной из трудных и нерешенных проблем клинической хирургии. Количество пациентов со спаечной болезнью не уменьшается, что обусловлено увеличивающимся количеством и объемом операций. Спаечный процесс в брюшной полости развивается в 14 % после первой лапаротомии и в 96 % – после третьей, а осложненное течение заболевания – кишечная непроходимость развивается у 50-75 % пациентов со спаечной болезнью. Широкое внедрение эндовидеохирургических операций на данный момент не изменило статистику, хотя сам по себе этот метод является наименее травматичным для органов и тканей брюшной полости. В настоящее время нет единого подхода к лечебно-диагностическим мероприятиям у пациентов со спаечной болезнью, в результате чего больные длительный период проходят обследование и наблюдение у разных специалистов, не имея конкретного диагноза и полноценного лечения. Хирурги стационаров сталкиваются с осложненным течением спаечной болезни – острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН). Но пациенты со спаечной болезнью чаще всего обращаются в поликлинику и не находят должного участия в их проблеме. Нет стандартов диагностического обследования пациентов со спаечной болезнью, они не охвачены диспансерным наблюдением, отсутствуют регламентирующие документы для их диспансеризации. Пациенты со спаечной болезнью - группа высокого риска (ОСКН). Нами изучена клиничко-диагностическая эффективность лечебных мероприятий пациентам со спаечной болезнью проводимая в условиях хирургического отделения поликлиники. Всего исследование проведено у 80 больных с верифицированным диагнозом спаечной болезни брюшной полости. Из них 39 мужчин, 41 женщина. Средний возраст составил $39,1 \pm 7,5$ года. Преобладают в группе лица трудоспособного возраста, ведущие активный образ жизни. Они составляют 80% пациентов. Наиболее частой причиной спаечной болезни являются: аппендэктомия – 38 (20,1 %) больных; операции по поводу ОКН – 34 (18 %). У 35 (18,7 %) женщин причиной спаечной болезни послужили гинекологические операции. Важными предпосылками развития спаечной болезни являются не только виды оперативных вмешательств, но и количество операций на органах живота. Так, одно оперативное вмешательство, после которого развилась спаечная болезнь, выполнено у 30 (37,5 %) пациентов, два – у 28 (35 %), три-четыре операции – у 18 (22,5 %), пять и более – у 4 (5 %) пациентов. Пятнадцать пациентов в течение жизни подвергались операциям по поводу ОСКН. Из них неоднократно (два и более раза) оперированы 4 пациента. Средняя продолжительность спаечной болезни $7,6 \pm 0,8$ года. Диагностическая программа у пациентов со спаечной болезнью строилась по следующему принципу: 1. Сбор анамнеза жизни и заболевания с учетом характера процесса. 2. Анализ жалоб и клинических проявлений. 3. Данные объективного обследования и консультации специалистов. Всем 80 пациентам было проведено пальцевое исследование прямой кишки. Осмотр гинекологом женщин (41 человек) с бимануальным исследованием на предмет подвижности, смещаемости органов малого таза, вовлеченных в спаечный процесс. У мужчин при исследовании предстательную

железу. 4. Общеклинические исследования. 5. Обзорная рентгенография органов брюшной полости выполнена всем пациентам. Контрастная энтерография проведена у 44 больных. Анализировали пассаж бария по кишечнику, симптомы: «галактики» (задержка частиц бария среди утолщенных складок слизистой кишок после его опорожнения), «ленты» (суженные, деформированные, с атрофической слизистой, сегменты кишок). 6. Ультразвуковое исследование спаечного процесса проводилось трансабдоминальным методом. Исследование проводилось в утренние часы, натощак, после опорожнения кишечника. Определялись следующие критерии: визуализация петель кишечника; диаметр кишки (наружный и внутренний); толщина и структура стенки кишки; оценка перистальтики кишечника; смещение петель кишечника относительно друг друга и передней брюшной стенки. Применялись специальные пробы: тракционная – быстрое увеличение и снижение силы давления датчика на брюшную стенку; форсированное дыхание; компрессионная проба – надавливание датчиком на брюшную стенку пациента. С помощью проб определяли смещаемость подлежащих структур. При пробе с форсированным дыханием выявлялся симптом «возврата» – смещения органов и тканей в начале форсированного вдоха и быстрый возврат их в исходное положение в конце выдоха. Всем пациентам со спаечной болезнью в условиях поликлиники были проведены от 1 до 2 курсов физио-, бальнео-, пелоидолечения. Грязевые процедуры в количестве 8-10 применялись в виде аппликаций на переднюю брюшную стенку. Бальнеолечение включало гидромассаж области живота и применение общих серных ванн. Общие серные ванны применялись в количестве 8-10 процедур. У женщин выполнялись гинекологические орошения сероводородной водой, грязевые и медикаментозные вагинальные тампоны и вагинальный массаж. Физиолечение включало гальваногрязевые процедуры на аппарате «Поток -1». У больных с выраженным болевым синдромом в отдельные сроки лечения применялись спазмолитические препараты периферического действия и блокаторы М-холинорецепторов. Проведенное лечение позволило достичь положительного результата у подавляющего числа пациентов (76). Результаты лечения фиксировались путем изучения параметров качества жизни (опросник SF-36) до лечения, после и через 3 – 6 месяцев. Течение спаечного процесса в брюшной полости после проведенного лечения носило более благоприятный характер.

133.ВЛИЯНИЕ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

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

Баку, Азербайджанская Республика

Научный Центр Хирургии им. академика М.А.Топчубашова

Ключевые слова: язвенная болезнь, резекция желудка, постгастрорезекционные патологические процессы, качества операции. Введение: Несмотря на достижения современной гастроэнтерологии и фармакологии, процент осложненных форм язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки сохраняется на прежнем уровне, которые являются абсолютным показанием к хирургическому лечению (1,5). Операции, используемые при данной патологии необычайно разнообразны по своим характеристикам (8). Ряд авторов отдают предпочтение различным видам органосохраняющих операций считая, что данное вмешательство обладает определенными преимуществами: безопасность, физиологичность, надежность (6). Противоположной точки зрения придерживаются другие авторы, утверждающие, что основным способом хирургического лечения больных с указанной патологией является резекция желудка, выполненная в точном соответствии с установленными правилами и достаточно подготовленными хирургами (4,9). Следует так же отметить, что независимо от характера оперативного вмешательства, предпринимаемые при язвенной болезни, появляются новые анатомо- физиологические взаимоотношения в пищеварительной системе и как их результат примерно в 10-15% случаев могут развиваться болезненные расстройства так называемые "болезни оперированного желудка" (2,7). По данным Крылова Н.Н. они отмечаются у 50-80% больных в ближайшие сроки после резекции желудка, а в отдаленном периоде у 30 % больных в легкой и 10-15% в тяжелой и средней степени (3). Целью исследования являлось определение влияния развившихся постгастрорезекционных патологических процессов на качество операции у больных, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни. Материал и методы исследования: за период 2000-2015 г.г. в Научном Центре Хирургии по поводу язвенной болезни оперированы 453 больных: 13(13,5%) женщин и 82(86,5%) мужчин; из которых в отдаленном постоперационном периоде нами обследованы 95 пациентов; 65(68,4%) из исследуемых пациентов были оперированы по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а 30(31,6%) - по поводу язвенной болезни желудка. 62(65%) больных находились в возрасте 41-60 лет. Средний срок после операции у оперированных по методу Бильрот I составил $5,9 \pm 5,4$ год, а по методу Бильрот-II $7,8 \pm 5,1$ год. Из 65 больных с язвой 12-перстной кишки в 15(23%) случаях применен метод Бильрот -I, а у остальных 50(77%) больных- Бильрот-II. Протокол обследования включал в себя общепринятые клинко-лабораторные, бактериологические, морфологические и инструментальные исследования. Инструментальные обследования проводились в два этапа: в первый день выполнялась фиброгастроскопия с биопсией, а на второй — рентгеновское исследование, которое включало рентгеноскопию и рентгенографию. Рентгенологическому обследованию подверглись все пациенты. Во время эндоскопии визуально определяли окраску и состояние слизистой оболочки желудка, линии анастомоза, слизистой двенадцатиперстной кишки (у

пациентов оперированных по Бильрот-I), тонкой кишки (при Бильрот-II), активность перистальтики, наличие рефлюкса кишечного содержимого в культю желудка и желудочного содержимого в пищевод, наличие воспалительных и эрозивных поражений в слизистой культы желудка, дуоденума, линию анастомоза и участвующих в анастомозе петли кишечника. Кислотопродуцирующую функцию культы желудка определяли путем рН-метрии желудочного содержимого. Во время фиброгастроскопии выполняли прицельную биопсию для тестирования на *Helicobacter pylori* и для морфологического исследования. Тестирование на *Helicobacter pylori* выполняли цитологическим и ?селективный уреазный? тестом. Качество перенесенной операции определяли по шкале А. Н. Visick (10) в модификации Ю. М. Панцырева и А. А. Гринберга (4). Статистическая обработка всех полученных данных произведена на персональном компьютере Intel® Pentium 4® HT 3,00 GHz методами вариационной и корреляционной статистики, входящими в программное обеспечение «Microsoft® Office 2007 SP 1 MSO» пакет «Microsoft® Office Excel 2007 (12.0.6214.100) SP 1 MSO (12.0.6213.1000)» компании «Microsoft®» (США), Обсуждение полученных результатов: по результатам проведенных исследований у 95 пациентов инвазия с *Helicobacter pylori* выявлена у 74(77,9%) пациентов, анастомозит –у 31(32,6%), еюно-гастральный рефлюкс у 59(62,1%), гастро-эзофагеаль рефлюкс у 12(12,6%), острый гастрит у 2(2,1%), хронический гастрит- у 85(89,5%), пептическая язва- у2(2,1%) пациентов. У 44 (46,3%) пациентов кислотообразовательная функция культы желудка была сохранена в той или иной степени. С целью определения влияние выявленных постгастрорезекционных изменений на результаты выполненной операции у исследуемых пациентов мы старались провести сравнительную оценку результатов лечения. Результаты бактериологических исследований доказали, что из обследованных 95 пациентов у 74(77,9%) на слизистой культы желудка был выявлен *Helicobacter pylori*. У 7 (7,4%) из указанных пациентов отмечалась слабая инвазия (+), у 19(20%) инфицированность *Helicobacter pylori* средней степени (++) а у 48(50,5%) пацентов высокая сепень инвазивности *Helicobacter pylori* (+++). Только у 21 (22,1%) пациентов инвазивность Hp не установлена. Нами была проведена сравнительная оценка зависимости между инвазивностью *Helicobacter pylori* и уровнем кислотообразовательной функции культы желудка У 20 пациентов с гиперхлоргидремией отмечалась высокая степень инвазивности *Helicobacter pylori*. В то же время у 51(53,7%) пациентов с отсутствием кислотообразовательной функции культы желудка у 21(41,2%) пациентов инвазия с *Helicobacter pylori* не выявлена. У всех 44 пациентов с сохраненной кислотообразовательной функцией выявлена инвазия слизистой культы желудка с *Helicobacter pylori*. Мы так же сравнивали результаты морфологических исследований биоптатов взятых из слизистой оболочки культы желудка, области анастомоза и слизистой 12 перстной кишки и изучили изменения связанные с инвазивностью с *Helicobacter pylori*. Морфологическое исследование биоптатов в 85(89,5%) случаях из 95 –и выявили признаки характерные для хронического, а у 2(2,1%) пациентов для острого гастрита; у 8(8,4%) пациентов в слизистой оболочке морфологических изменений не обнаружили.. У пациентов с инвазией *Helicobacter pylori* частота воспалительных изменений в слизистой оболочки культы желудка была следующей: у 8 пациентов с отсутствием морфологических изменений в слизистой инвазии с *Helicobacter pylori* отсутствовала; у 2-х пациентов с морфологическими изменениями в виде острого гастрита выяляли высокую степень инвазивности с *Helicobacter pylori* (у этих пациентов была обнаружена пептическая язва гастро-энтероанастомоза). При наличии морфологических признаков хронического гастрита у 45,9%-пациентов была высокая степень (+++)

инвазивности *Helicobacter pylori*; у 17,6% пациентов выявлена средняя (++) , у 5,9%- слабая степень (+) инвазии; а у 30,6% пациентов из этой группы инвазия с *Helicobacter pylori* не была установлена. Таким образом воспалительные процессы в слизистой культи желудка в 69,4% случаях сопровождалась инвазией *Helicobacter pylori*. При эндоскопических и рентгенологических исследований у 95 пациентов перенесших резекцию желудка в культе и в области анастомозов выявлены некоторые функциональные и органические изменения. Так, во время эндоскопии среди 52(62,1%) пациентов, оперированных по Бильрот-II, отмечали еюно-гастральный рефлюкс, у 31(32,6%) воспалительные изменения области гастро-энтероанастомоза, а у 2(2,1%) пациентов пептическая язва анастомоза. В то же время среди 20 пациентов перенесших операции по Бильрот-I дуодено-гастральный рефлюкс легкой степени (заброс желчи в культи желудка) наблюдались у 2-х пациентов. При рентгенологическом исследовании, у пациентов оперированных по Бильрот-I, в 2-х случаях выявлен гипотонус культи желудка и недостаточность функции кардии. У 8 пациентов из 75-и перенесших резекции по Бильрот-II выявлена гипотония культи желудка, а у 2-х - язва гастро-энтероанастомоза. У пациентов с хорошим и отличным качеством проведенной операции не было выявлено заброса содержимого кишечника в культи желудка, то есть не было еюно-гастральный рефлюкс(ЕГР) и дуодено-гастральный рефлюкс(ДГР). На основании проведенных исследований качества операции после резекции желудка в отдаленном периоде по шкале Visick у 10(10,5%) пациентов из 95-и оперированных больных результат оценен как «Отличный». Среди указанных пациентов по методу Бильрот-I было оперировано 7(35%), а по Бильрот-II 3(4%) пациентов. У 1-го пациента выявлена легкая степень еюно-гастрального рефлюкса; у 2-х гипертрофия складок культи желудка, у 1-го из которых в слизистой анастомоза определялась гиперплазия. Исходя из этого, можно утверждать, что гипертрофия складок культи желудка и гиперплазия слизистой не влияет на качество операции. «Хорошее» качество операции по шкале Visick установили у 50(52,6%) пациентов [после операции по Бильрот-I у 13(65%); по Бильрот-II у 37(49,3%)]; среди них у 24(48%)- отмечался легкой степени еюно-гастральный рефлюкс. Кроме того, у 10 из указанных пациентов на слизистой 12 перстной кишки, а у 5 на слизистой гастро-дуоденального анастомоза отмечалась легкая степень серозита. В этой группе у 6 пациентов из 50 -и была установлена гиперплазия в области анастомоза, а в 5 случаях утолщение складок культи желудка и гастро-эзофагальный рефлюкс - в 2-х случаях. По нашему мнению на качество операции в этой группе повлиял ЕГР, который имел место у 48% пациентов; на этом фоне у них выявлена инвазия *Helicobacter pylori* и гиперхлоргидремия. Среди 50 пациентов, у которых качество операции после резекции желудка была оценена как «хорошо», в 13(26%) случаях в слизистой оболочке культи желудка инвазия *Helicobacter pylori* не выявлена; а у остальных 37(74%) пациентов инвазия *Helicobacter pylori* выявили. У 6(12%) из указанных пациентов отмечалось слабая степень(+) инвазивности с *Helicobacter pylori*, у 17(34%)- средней степени(++) , а у 14(28%) пациентов высокая степень инвазивности (+++) . У 30(31,6%) пациентов, качество операции оценили «удовлетворительно». Все они были оперированы по Бильрот-II; среди которых легкая степень ЕГР выявлен у 4-х, средняя тяжелая-у 21, а тяжелая степень у 5 пациентов, Воспалительные изменения слизистой оболочки анастомоза отмечено у 23-х из указанных 30-и пациентов, а у 7 пациентов была также поражена в слизистой оболочка отводящей кишки. Среди 5(5,3%) пациентов, у которых качество операции по шкале Visick оценивали как «неудовлетворительное» выявили тяжелую степень ДГР и гастро-эзофагальный рефлюкс(у 3-х пациентов). У 30 пациентов с качеством операции с «удовлетворительным» и у 5-и

пациентов с «неудовлетворительным» качеством операции инвазивность *Helicobacter pylori* слизистой оболочки культи желудка была высокой(+++). Таким образом у пациентов с «отличной» оценкой качества операции в 90% случаях инвазии с *Helicobacter pylori* не была; а у 10% была выявлена слабая степень инвазивности с *Helicobacter pylori*. При «хорошем» качестве операции в 36% случаях инвазивность с *Helicobacter pylori* отсутствовала; только у 28% пациентов была обнаружена высокая степень инвазивности. В то же время у пациентов с «неудовлетворительным» качеством операции в 100% случаях отмечалась высокая степень инвазивности с *Helicobacter pylori*. Подытоживая вышесказанное можно прийти к нижеследующим выводам: 1. В отдаленном периоде после резекции желудка по Бильрот-I «отличные» качества операции наблюдаются у 35%, а «хорошие» у 65% пациентов. После операций по Бильрот-II «отличное» качество операции наблюдаются у 4%, «хорошие» у 65%, «удовлетворительные» у 40% и «неудовлетворительные» у 6,7% пациентов. 2. После резекции желудка по поводу язвенной болезни в отдаленном периоде на качество операции влияют такие постгастрорезекционные процессы как хронический гастрит культи желудка (89,5%), наличие инвазии с *Helicobacter pylori* (77,9%), еюно-гастральный рефлюкс- (62,1%), сохраненная кислотообразовательная функция культи желудка в той или иной степени (46,3%), анастомозит (32,6%), гастро-эзофагальный рефлюкс (12,6%), острый гастрит (2,1%) и пептическая язва анастомоза.(2,1%). 3. Оценка качества операции в отдаленном периоде у больных после резекции желудка по поводу язвенной болезни может рассматриваться в качестве одного из основных критериев успешности лечения. Литература. 1. Винник Ю. А, Олексенко В. В., Ефетов С. В., Захаров В. А., Алиев К. А. Современная концепция язвенной болезни: насколько она обоснована // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2013; 10: 38-42 2. Зубарев П.Н. Пострезекционные и постгастрэктомические болезни // Практическая онкология. - 2001. - №3(7). - С. 31-34. 3. Крылов Н.Н. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения. // Автореферат Дис. ... д-ра мед. наук. М. -1997.-24 ст. 4. Панцирев Ю. М., и А. А. Гринберг, Классификация язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки // Материалы V Всероссийской научной конференции общих хирургов - Москва - Ростов-на-Дону: Диапазон. - 1979. - С. 23 - 24. 5. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 800 с. 6. Кузин Н.М., Алимов А.Н., Гордеев В.Ф., Майорова Ю.Б. Состояние секреторной, эвакуаторной функции желудка и дуоденогастрального рефлюкса у больных язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки после различных типов операций // Хирургия. - 1997. - №8. - С. 28 - 31. 7. Lee SS, Chung HY, Yu W. Quality of life of long-term survivors after a distal subtotal gastrectomy. *Cancer Res Treat.* 2010 Sep;42(3):130-4. 8. Matsui S, Kashida H, Asakuma Y, Sakurai T, Kudo M. Gastric ulcer, duodenal ulcer. // *Nihon Rinsho.* 2015 Jul;73(7):1116-22. 9. Misawa K, Terashima M, Uenosono Y, Ota S, Hata H, Noro H, Evaluation of postgastrectomy symptoms after distal gastrectomy with Billroth-I reconstruction using the Postgastrectomy Syndrome Assessment Scale-45 (PGSAS-45) // *Gastric Cancer.* 2015 Jul;18(3):675-81. 10. Visick A. A study of the failures after gastrectomy // *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.* - 1948. - Vol.3. - P.265-266

134. ФАКТОРЫ ВНУТРЕННЕГО КАСКАДА КОАГУЛЯЦИИ И МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Мжаванадзе Н.Д., Журина О.Н., Климентова Э.А.

Рязань

РязГМУ

Актуальность: В настоящее время многие исследования посвящены изучению системы гемостаза и функциональной активности эндотелия сосудистой стенки. Не исключением являются пациенты с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК). Факторы внешнего пути широко исследованы, разработаны множество эффективных антитромботических препаратов. Внутреннему пути посвящено значительно меньше работ. Целью нашего исследования является изучение факторов внутреннего каскада коагуляции и маркеров дисфункции эндотелия у пациентов с ОААНК. Материалы и методы: в исследование вошли 40 пациентов (36 мужчин (90%) и 4 женщины (10%)) с ОААНК, находящихся на консервативной терапии, и 10 здоровых добровольцев. Средний возраст больных составил $59,75 \pm 8,34$ лет. Все пациенты были со IIб стадией заболевания по Фонтейну-Покровскому. В 40% случаев ОААНК сопутствовали стенокардия напряжения III функционального класса и артериальная гипертензия, в 20% - постинфарктный кардиосклероз, в 7,5% - фибрилляция предсердий, в 5% - сахарный диабет 2 типа, компенсированного течения. Всем пациентам были проведены физикальное обследование, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) и ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) артерий нижних конечностей. Также производился забор крови на определение активности VIII, IX, XI факторов внутреннего каскада коагуляции, протеина С (PrC), фактора фон Виллебранда (ФВ) и метаболитов оксида азота II (NO). Определение VIII, IX, XI факторов проводилось клотинговым гемостазиологическим методом, PrC – хромогенным с субстратом методом, ФВ – методом агглютинации тромбоцитов в присутствии фактора ФВ и ристоцитина А, метаболиты NO – фотоколориметрическим методом. У здоровых добровольцев определялся только уровень метаболитов NO. Анализ полученных данных производился путем расчета средних и относительных величин, оценка взаимосвязи показателей – корреляционный метод Пирсона. Результаты: По данным УЗДС у 24 (60%) пациентов выявлена бедренно-подколенная окклюзия, 13 (32.5%) пациентов поражение подвздошно-бедренного сегмента и 3 (7.5%) пациента с дистальным типом поражения. У 29 пациентов (72.5%) определялся повышенный уровень ФВ, у 14 (35%) – VIII фактора, у 26 (65%) – IX фактора, у 20 (50%) – XI фактора. Pr C был ниже нормы у 2 пациентов (5%). Среднее значение активности ФВ $315 \pm 146.97\%$ (норма 70-150%), PrC $104.3 \pm 16.4\%$ (норма 70-130%), VIII фактора $137.92 \pm 47.48\%$ (норма 70-150%), IX фактора $210.73 \pm 149.2\%$ (норма 70-130%), XI фактора $150.21 \pm 121.3\%$ (норма 70-130%), метаболитов NO 61.90 ± 26.85 мкмоль/л (у добровольцев 76.25 ± 26.60 мкмоль/л). Активность ФВ ($r=+0.4$) и VIII фактора ($r=+0.3$) прямо коррелировали, а Pr C ($r=-0.1$), IX ($r=-0.1$), XI факторов ($r=-0.2$) и метаболитов NO ($r=-0.1$) обратно коррелировали с возрастом пациентов. Прямая взаимосвязь выявлена между значениями УЗДГ и активностью PrC ($r=+0.144$), ФВ ($r=+0.105$), метаболитами NO ($r=+0.269$), XI фактором ($r=+0.03$), обратная с VIII ($r=-0.099$) и IX факторами ($r=-0.04$) Уровень фактора VIII фактор прямо

коррелирует с активностью ФВ ($r=+0.6$) и обратно с ПрС ($r=-0.3$). Факторы VIII ($r=-0.3$), IX ($r=-0.1$), XI ($r=-0.1$) обратно коррелируют с активностью ПрС. Обсуждение: Повышенные уровни ФВ, IX и XI факторов свидетельствуют о склонности системы гемостаза к гиперкоагуляции. О дисфункции эндотелия могут говорить сниженные значения метаболитов NO и повышенные ФВ, усиливающиеся с возрастом. Повышенные значения VIII, IX фактора и сниженные ПрС, метаболитов NO могут косвенно отражать тяжесть заболевания. Выводы: 1. У пациентов с ОААНК определяются повышенные уровни ФВ, IX, XI факторов. 2. Определение факторов внутреннего каскада коагуляции и маркеров эндотелиальной дисфункции может способствовать оценке тяжести заболевания, его прогнозов и адекватной медикаментозной коррекции.

135. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Рыбачков В.В. (1), Дряженков И.Г. (1, 2), Першакова А.С. (2), Парунов С.И. (2)

Ярославль

1) ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России. 2) ГАУЗ ЯО КБ №9 г. Ярославля.

Актуальность: Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта занимают доминирующее место в структуре всех желудочно-кишечных кровотечений, составляя более 70 % наблюдений. Несмотря на значительные успехи хирургии, анестезиологии и клинической эндоскопии, летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях остается высокой. При консервативном лечении пищеводных кровотечений она колеблется в пределах 30-51,2 %, при хирургическом составляет 26–40,6 %. В современных условиях медицина стремится к самокупаемости, в связи с чем становится актуальным не только клиническая эффективность лечения, а ее совокупность с экономической составляющей. Материалы и методы: За период 2013-2015 гг. в клинику госпитальной хирургии ЯГМУ на базе ГАУЗ ЯО КБ №9 поступило 479 человек с кровотечением из пищевода различной этиологии. Всем больным выполнялась экстренная эзофагогастроскопия (ЭГДС). У 110 (22,9 %) пациентов были выявлены варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП), из них с признаками активного кровотечения было 86 (78,2 %) больных (первая группа). Верифицировав активное кровотечение из вен пищевода, пациент переводился в отделение реанимации (ОРИТ), где ему устанавливался зонд-обтуратор. Длительность нахождения зонда решалась индивидуально в зависимости от клинического и лабораторного подтверждения достигнутого гемостаза. В наших наблюдениях 82 (95 %) больным зонд был установлен на трое суток. В ОРИТ пациент получал гемостатическую инфузионную терапию. При отсутствии признаков рецидива кровотечения, больной переводился в хирургическое отделение (ХО) с повторной ЭГДС для продолжения консервативной терапии. При неэффективности консервативного лечения выполнялось

прошивание подслизистых вен пищевода и желудка (операция Пациоры) в экстренном порядке. Вторую группу составили 24 (21,8 %) пациентов с признаками остановившегося к моменту осмотра кровотечения из ВРВП. Этим больным проводилась консервативная терапия. Результаты и обсуждение: При выполнении экстренной ЭГДС ВРВП 3-4 степени диагностировались в 95 % случаях. У поступивших в 85 % случаев клиника кровотечения наблюдалась более одних суток, рвота темной неизменной кровью была у 90 %. При поступлении у 45 % пациентов была анемия средней и тяжелой степени. Выявление активного кровотечения (86 больных) являлось абсолютным показанием к постановке зонда Блэкмора на 3 суток в условиях ОРИТ с последующим эндоскопическим контролем и переводом пациента в ХО на 7 суток. Смертность в данной группе была 40,7 % (35 больных). У 5 (4,5 %) пациентов была выполнена операция Пациоры в экстренном порядке с последующим лечением в условиях ОРИТ. Летальность достигла 80 %. Оплата консервативного лечения пациентов с кровотечением из ВРВП по тарифу ОМС составляет 10894,34 р. При этом фактические затраты без учета стоимости койко-дня (гостиничные расходы) составили 12248,5 р. Убыток для больницы при этом виде терапии - 1354,16 р. В соответствии с личным опытом и данными мировой литературы предложен план интенсификации лечения пациентов с кровотечением из ВРВП: постановка зонда обтуратора на 24 часа, с последующей эндоскопической склерооблитерацией вен пищевода и компрессией зондом Блэкмора еще на сутки. Лечение проводится в условиях ОРИТ, с последующим переводом в ХО на 8 суток. Такой подход позволяет улучшить степень гемостаза и результаты лечения. Оплата приведенного выше алгоритма по ОМС составляет 36006,73 р. При этом фактические затраты без учета стоимости койко-дня (гостиничные расходы) - 9987 р. Выгода для больницы составит 26019,73 р. Выводы и рекомендации: Активная тактика ведения пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода с использованием инъекционного эндоскопического гемостаза склерозантом является экономически выгодным (26019,73 р), способствует сокращению сроков пребывания пациента в ОРИТ, вместо менее эффективной и убыточной («-» 1354,16 р) изолированной консервативной терапии зондом обтуратором.

136. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ЛИПОАБДОМИНОПЛАСТИК У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Иванов В.В., Пучков К.В.

Рязань

РязГМУ им акад И.П. Павлова

Целью данного исследования стала разработка и внедрение в клиническую практику средств и методов пластической хирургии при выполнении липоабдоминопластик у пациентов с вентральными грыжами по собственным оригинальным вариантам оперативных

вмешательств (патенты РФ №2410043 и 2401073), способствующие профилактике ранних осложнений и улучшению отдаленных эстетических результатов. Согласно плану исследования и для решения поставленных задач были проанализированы результаты лечения 236 пациентов, перенесших липоабдоминопластику: 305 пациентам липоабдоминопластика выполнена по эстетическим показаниям – вследствие диастаза прямых мышц живота и формирования кожно-жирового фартука, 231 пациенту – в сочетании с тем или иным видом герниопластики сетчатым имплантатом. Средний возраст пациентов составил $41,6 \pm 8,5$ года. Основная группа и группа сравнения сформированы методом двойной слепой выборки из пациентов, оперированных с использованием разработанных технических приемов и методов.

1. Внедрение идеологии функциональной реконструктивной хирургии как альтернатива «заплаточным» методам, определяется не только клиническими факторами, но и общественной востребованностью по критериям минимальной инвазивности и социальной значимости.
2. Направленное воздействие на степень экссудативной реакции при проведении липоабдоминопластик возможно при использовании для диссекции современных электрохирургических (ForceTriad) или ультразвуковых (Harmonic Scalpel-HS) комплексов с заменой латеральной диссекции SAFE-липомоделированием и адекватным компрессионным лечением в послеоперационном периоде.
3. Иссечение субскарпального жирового слоя, микроперфорация апоневроза в проекции прямых мышц живота, сохранение перфорантов и латеральная превентивная декомпрессия являются хирургическими способами профилактики осложнений раннего послеоперационного периода.
4. Надежная реконструкция передней брюшной стенки с сохранением пупка (или неоумбиликацией) возможна при всех формах вентральных грыж путем применения преперитонеального расположения сетчатого имплантата по разработанным методикам, что также способствует снижению количества реперфузионных осложнений, рецидивов и эстетических недовольств. Концепция восстановления не только целостности, непрерывности но и векторности действия сил в области передней брюшной стенки определяют возможность полной реабилитации пациентов с обширными и гигантскими грыжами, не препятствует нормальному течению беременности и родам.
5. Улучшение отдаленных результатов липоабдоминопластик возможно при активном использовании поверхностной фасции (и абдоминального SMAS) по разработанному методу, кроме того, это снижает количество пациентов, акцентуированных на релаксации тканей субумбиликальной области в отдаленные сроки (в том числе и после беременности и родов).

137. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И КОРРЕКЦИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ: СИСТЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Иванов В.В., Пучков К.В.

Рязань

РязГМУ им акад И.П. Павлова

Крайне низкое количество выполняемых симультанных вмешательств, не соответствующее реальным потребностям в них, объясняется целым рядом организационно-административных, социальных, медицинских и парамедицинских причин. Целью данной работы, является обобщение 20 летнего опыта работы нескольких хирургических клиник, с разработкой критериев дифференцированного и безопасного объективного выбора метода лечения и формирование клиничко-диагностического алгоритма ведения периоперационного периода у пациентов с сочетанием абдоминальных деформаций (грыжи, диастазы, аномалии развития, дистрофически-дегенеративные дисгенезии) и хирургических (гинекологических) заболеваний. В клинической работе проанализированы результаты лечения 680 пациентов (494 с ИМТ более 25) перенесших коррекцию передней брюшной стенки при абдоминальных деформациях в сочетании с интраабдоминальным вмешательством (1 симультанный этап у 371, 2 у 256, 3 у 53 пациентов). При всех вмешательствах разумный и обоснованный приоритет отдавался лапароскопическим технологиям. Необходимость оперативной коррекции деформаций мышечно-фасциальных структур передней брюшной стенки была обусловлена наличием тех или иных форм грыж, диастазов, послеоперационных, нейропатических деформаций и врожденных дисплазий. На основании углубленного и акцентуированного на выявление и актуализацию всего комплекса проблем подхода в предоперационном обследовании, мы разработали алгоритм ведения пациентов с высоким риском развития критических кардиальных инцидентов. В группе пациентов со значением модифицированного индекса ниже 10, достаточно редко (менее 3%) на ЭКГ фиксируются ишемические изменения в послеоперационном периоде, как после лапароскопических (изолированных и симультанных), так и после лапаротомных вмешательств. Это положение также правомерно и для пациентов с индексом от 11 до 20, но с ограничениями объема вмешательства (не более 2 симультанных оперативных приема на разных этажах брюшной полости), ограничениями наложения пневмоперитонеума (не более 2 часов, при постоянном внутрибрюшном давлении не более 10 мм рт ст) и использовании ненапряжных методов герниопластики. В гетерогенной группе пациентов со значением модифицированного индекса выше 20 в первую очередь определить наличие показаний к реваскуляризации миокарда согласно критериям Американской ассоциации сердца, а также определить последовательность проведения реваскуляризации миокарда и основной абдоминальной операции в зависимости от относительной срочности и предпочтения больного. Учитывая наличие сопутствующих соматических заболеваний практически у всех оперированных нами больных, а особенно у пациентов с ожирением в алгоритм предоперационной подготовки мы включили те пункты, которые непосредственно влияют на выявленные и корригируемые факторы риска: 1. Дыхательная гимнастика, лечебная физкультура, бронходилататоры, комплекс мероприятий улучшающих бронхо-альвеолярный дренаж, компрессионная терапия

3. Нормализация метаболических процессов (инсулин, метформин, тиоктацид, тироксин), коррекция стрессорной реакции и адаптационной стратегии организма при выполнении оперативных вмешательств (патент на изобретение №2297242). 4. Курс реотропной и сосудистой терапии (способ коррекции стресс-индуцированных изменений системы гемостаза при оперативных вмешательствах у пациентов с метаболическим синдромом, патент на изобретение №2297220). 5. Санация очагов хронической инфекции, коррекция кишечного дисбиоза При выполнении коррекции абдоминальных деформаций с симультанным интраабдоминальным этапом выполняемым, расстановка и состав хирургической бригады определяется классическими канонами хирургии, установками клиники и субъективными мировоззрениями оперирующего хирурга. Принципиальное значение имеет предварительное определение местоположения троакаргов, с учетом дополнительных этапов операции, положения монитора, расположения операционной бригады, локализации доступа, из которого планируется извлечение удаленных органов, очередности этапов, положения больного на операционном столе во время каждого из них. Безусловно, следует учитывать и индивидуальные особенности каждого клинического случая - состояние конкретного пациента, висцеральное ожирение, характер заболевания, наличие спаечного процесса после ранее перенесенных операций и т. д. Ведение такого контингента больных требует особого внимания. Необходимо учитывать особенности каждого заболевания, по поводу которого проводилась оперативная коррекция, так как потенциально расширяется круг возможных послеоперационных осложнений. Необходимым является соблюдение следующего комплекса мероприятий: 1. Ранняя активизация больного с включением комплекса лечебной и дыхательной гимнастики, компрессионная терапия 2. Гепаринотерапия, адекватная инфузионная и антибактериальная терапия 3. Физиолечение, ГБО Возможность осуществления данного методологического подхода при одномоментной коррекции абдоминальных деформаций и сочетанных заболеваний органов брюшной полости и малого таза заключается в строгой необходимости выполнения нескольких основных положений клинического и социального характера: 1. Комплексное обследование пациентов для выявления сопутствующих заболеваний требующих хирургической коррекции, градиентная объективная оценка состояния здоровья и адаптационных резервов 3. Наличие слаженной бригады высококвалифицированных сертифицированных специалистов в хорошо оснащенном многопрофильном стационаре 4. Востребованность, осознание и положительная мотивация у пациента и руководства всех уровней в отношении предлагаемого методологического подхода 5. Создание должного информационного фона у медицинского персонала различных специальностей, населения с осознанием медицинской и социальной значимости, реальной и адекватной оценкой применяемых медицинских технологий общественными структурами и органами контроля и управления. Таким образом, системный подход в периоперационном ведении и реабилитации пациентов позволяет не выходить за рамки среднестатистических системных осложнений при проведении симультанных интраабдоминальных и реконструктивных вмешательств, но позволяет повысить уровень социальной, трудовой реабилитации, при экономии финансовых затрат системы ОМС.

138. ПЛАНОВАЯ ХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СЕГОДНЯ

Марийко В.А., Романова Н.Н., Кремянский М.А., Третьяков В.О.

Тула

ГУЗ ТО Тульская областная клиническая больница

Актуальность. Несмотря на оптимистический прогноз гастроэнтерологов, количество больных с гастродуоденальными язвами и их осложнениями имеет тенденцию к росту. На этом фоне снижение количества плановых операций по поводу язвенной болезни не является адекватным. Данное исследование посвящено оценке современного состояния плановой хирургии язвенной болезни. Материалы и методы. Нами проведен анализ лечения 47 пациентов, которым выполнены плановые операции по поводу язвенной болезни в хирургическом отделении Тульской областной клинической больницы в период 2011-2015 гг.. Для выявления современных особенностей выполнено сравнение данной группы больных с пациентами, которым плановые операции по поводу язвенной болезни выполнялись в период 1996-2000 гг. (контрольная группа) - 254 больных. Интервал между сравниваемыми периодами - 10 лет. В эти же периоды сравнили заболеваемость и результаты лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами и язвенными кровотечениями в Тульской области. Результаты. Количество плановых операций по поводу язвенной болезни в настоящее время значительно уменьшилось, основная группа пациентов в 5,4 раза меньше, чем контрольная. В период 1996-2000 гг. плановые операции по поводу язвенной болезни составили 4,9% от всех операций, выполненных в отделении, тогда как в период 2011-2015 гг. - всего 1,1%. В обеих группах преобладающим контингентом являлись пациенты в возрасте 41-60 лет (52,4% и 48,4%), но в основной группе пациенты в возрасте 61 год и старше составляли 28,3%, а в контрольной 23,4%. Если в контрольной группе соотношение мужчины/женщины 3,6/1, то в основной - 1/1. Больных с длительностью анамнеза более 10 лет в основной группе было значительно больше, чем в контрольной. Наличие в анамнезе перфорации язвы или кровотечения чаще отмечалось в контрольной группе, соответственно 31,3% и 21,3%. Язвенная болезнь желудка преобладала в основной группе, тогда как в контрольной - язвенная болезнь 12 п.к.. В обеих группах основным показанием к операции являлся пилородуоденальный стеноз, но соотношение субкомпенсированный/декомпенсированный в основной группе 1/1, в контрольной - 4/1. Различные варианты постгастрорезекционного синдрома, требующие хирургического лечения, в основной группе у 17% больных, в контрольной - только у 3%. Основной операцией, выполнявшейся в сравниваемых группах, являлась резекция желудка по Б-2, группы не отличались по характеру и количеству послеоперационных осложнений, но послеоперационная летальность в основной группе - 4,3%, в контрольной - 1,6%. На фоне значительного сокращения плановых операций при язвенной болезни в области отмечается рост количества язвенных кровотечений (4,9 и 4,3 на 10 тыс. нас.) Количество больных с перфоративными язвами уменьшилось (1,9 и 2,5 на 10 тыс. нас.), но летальность выросла в 2 раза (9,1% и 4,5%). Сравнение двух периодов по количеству умерших от осложнений язвенной болезни показало, что в 2011-2015 годы умирало ежегодно на 17% больше, чем в период 1996-2000 гг. Обсуждение. Уменьшение количества плановых операций при язвенной болезни обусловлено переоценкой возможностей консервативной терапии. Современные

клинические рекомендации приводят к увеличению количества пациентов с высоким риском осложнений и ухудшают результаты лечения язвенной болезни в популяции. Выводы. 1) При значительном уменьшении количества плановых операций при язвенной болезни изменились и параметры оперируемых больных. 2) Неоправданно длительная консервативная терапия утяжеляет состояние больных, госпитализируемых для планового хирургического лечения язвенной болезни. 3) Современное состояние плановой хирургии язвенной болезни негативно влияет на результаты лечения осложнений язвенной болезни.

139. ПРАВОВЫЕ РАСХОЖДЕНИЯ В ДОКУМЕНТАХ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ОРГАНИЗАЦИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Дарвин В.В.

Сургут

БУ ВО ХМАО-Югры Сур ГУ, БУ Сургутская ОКБ

Клиническая медицинская практика, как правило, всегда опережает основные положения правового обеспечения правоотношений между основными субъектами права, ведь сначала возникают правоотношения, а потом формируются законодательные правовые акты. В основе оценки государственными институтами, общественными организациями и даже бытовой практикой медицинской деятельности должны лежать нормы права и фундаментальные правовые принципы, направленные на защиту достоинства, свободы и прав человека, которые отражены в нормативно-правовых документах. Необходимое и своевременное усиление акцентов на контроль и качество безопасности медицинской деятельности требует от врачебного сообщества в целом и хирургов, в частности, с одной стороны глубокого знания и четкого понимания правовых актов, а с другой – активного участия в обсуждении и формировании (или реформировании) нормативно-правовых документов, контроля их соответствия реальной клинической (хирургической) практике. Цель исследования: провести анализ базовых юридических документов, определяющих организацию оказания помощи больным с острой абдоминальной хирургической патологией в РФ и дать оценку их соответствия реалиям практической клинической практике. Материал. В основу исследования положены базовые юридические документы: Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 №323 – ФЗ, приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г №922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», приказ МЗ России от 15.07.2016 №520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», Стандарты по профилю экстренная абдоминальная хирургическая патология, Утвержденные клинические рекомендации «Ургентная абдоминальная хирургия», Результаты и обсуждение. Анализ нормативно-правовых актов показал наличие несоответствия и противоречий по следующим направлениям: порядок

госпитализации (как и каким образом больной с острой патологией может попасть в хирургический стационар); формы медицинской помощи (экстренная, неотложная, срочная); требования к медицинской организации (МО) и реальная возможность осуществлять медицинскую деятельность; роль национальных клинических рекомендаций (НКР) в оценке качества медицинской помощи; наполненность Стандартов диагностическими и лечебными мероприятиями и реальное состояние клинической практики; возможность обеспечения выполнения НКР лекарственными препаратами, включенными в Перечень жизненно необходимых, силами и средствами МО, определенными Порядком; соответствие критериев контроля качества и безопасности медицинской помощи реальной клинической практике, Порядку, Стандартам и НКР; возможность формирования территориальных Стандартов и Рекомендаций. Заключение. 1. В основе выше обозначенных коллизий в большинстве лежит, по-видимому, недостаточный анализ и учет существующих законных и подзаконных актов при подготовке новых законодательных инициатив любого уровня. По-видимому, в будущем в гражданском праве будет выделена отдельная отрасль – медицинское право, что позволит предотвращать возникновение подобных коллизий. А пока вижу единственный выход – перед принятием законодательной инициативы любого уровня, затрагивающей правоотношения в сфере медицинской деятельности, она должна широко и открыто обсуждаться в профессиональном сообществе. 2. Корректировка выявленных противоречий в законных и подзаконных актах может быть осуществлено только законодательно путем полной ликвидации. В результате законодательных усилий коллизии должны быть сняты. Нормы права не могут бесконечно долго регулировать отношения, оставаясь неизменными, то есть их необходимо постоянно совершенствовать, добиваясь соответствия между отдельными правовыми актами и новым состоянием общественных отношений за счет принятия новых нормативов и внесения изменений в существующие.

140.ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНТРА- И ЭКСТРАВАЗАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

*Карпов О.Э. (1), Шебряков В.В. (1,2), Стойко Ю.М.(1), Кармазановский Г.Г. (2),
Бронов О.Ю. (1), Яшкин М.Н. (1), Лютаревич Д.К. (2)*

Москва

- 1) ФГБУ "Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова" МЗ РФ,
- 2) МДЦ "Рэмси Диагностика"

Цель исследования: оценить информативность магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике посттромботических изменений и экстравазальной компрессии. Материал и методы: в исследование включены 48 пациентов с ХВН (клинический класс С3-С6 по классификации СЕАР), из них 27 мужчин и 21 женщина. Средний возраст пациентов составил 43,6±11,6 лет. По клиническим классам пациенты распределились следующим образом: С3 –

17, С4а – 8, С5 – 2, С6 – 1. Всем пациентам выполнено ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) вен нижних конечностей, учитывая менее высокую чувствительность метода в диагностике изменений глубоких вен выше паховой связки выполняли МРТ подвздошных вен и нижней полой вены. С декабря 2014 года по апрель 2017 года исследования проводили на МРТ GE Optima MR360, используя специальный протокол бесконтрастной МР-флебографии в последовательностях: 1. ВН FIESTA (TRA, COR, SAG) с использованием пробы Вальсальва 2. 3D INHANCE (SAG или COR) на свободном дыхании, с последующей 3D-реконструкцией и последующей обработкой полученных изображений в виде MIP и 3D. Общее время сканирования - не превышает 15 мин. При проведении исследования нет необходимости в предварительной подготовке пациента. Единственное условие – накануне перед исследованием пациенту предлагается употребить специальную пищевую добавку (мы использовали ананасовый или черничный сок). Результаты: у 23 пациентов диагностирован стеноз левой общей подвздошной вены (ОПВ) за счет сдавления правой общей подвздошной артерией (синдром Мея-Тернера), при этом просвет левой ОПВ составил $4,1 \pm 1,6$ мм, а протяженность стеноза – $16,8 \pm 5,5$ мм. Трем пациентам выполнено стентирование левой ОПВ (самораскрывающийся стент Wall-stent Uni Endoprothesis 18 x 60 мм, Boston Scientific, США) с синдромом Мея-Тернера, при этом скорость кровотока на УЗДГ до операции имела следующие показатели: 55-63 см/сек. до стеноза и 84-110 см/сек. после. После стентирования линейная скорость кровотока в ОПВ составила – 40-45 см/сек. Кроме того, у 33 пациентов выявлены посттромботические изменения глубоких вен: посттромботическая облитерация левой ОПВ в 14 случаях, правой ОПВ, нижней полой вены (НПВ) в 13 случаях, правой наружной подвздошной вены – 1, левой наружной подвздошной вены – 1, у 1 пациентки отмечен стеноз обеих наружных подвздошных вен, у 2 пациентов стеноз левой общей бедренной вены, и у 1 пациентки отмечена полная реканализация левой наружной подвздошной вены после ранее перенесенного тромбоза. Обсуждение: 3D-реконструкция НПВ и ее бассейна может быть использована при планировании реконструктивных, коррегирующих и восстановительных операций у пациентов не только с ПТБ, но и при других причинах развития ХВН. Выполнение МР-флебографии позволяет выявить пути коллатерального оттока крови от нижних конечностей при посттромботической облитерации подвздошных вен и нижней полой вены. Выводы: протокол проведения МР-флебографии является наиболее оптимальным скрининговым методом в диагностике причин экстра- и интравазальной патологии НПВ и ее бассейна, являясь неинвазивным и непродолжительным по времени. При этом отсутствует лучевая нагрузка, нет необходимости использовать контрастный препарат. Исследование выполняется в амбулаторных условиях пациентам любых возрастных групп с различной степенью тяжести соматического состояния.

141. ВОЗМОЖНОСТИ РЕЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

*Тарасенко С.В., Песков О.Д., Зайцев О.В., Натальский А.А., Соколова С.Н.,
Кадыкова О.А., Баконина И.В.*

Рязань

РязГМУ

Выполнение повторных эндовидеохирургических вмешательств при острой абдоминальной патологии становится неотъемлемой частью хирургической практики. Расширение показаний к релапароскопии связано с увеличением объёма малоинвазивных операций при разнообразной ургентной патологии органов брюшной полости и связанных с ними осложнений. За период 2012 по 2017 годы была выполнена 61 релапароскопия с диагностической и лечебной целью. Наиболее опасными осложнениями являются кровотечения в раннем послеоперационном периоде. Повторные вмешательства потребовались в двух случаях после лапароскопической холецистэктомии, в одном после аппендэктомии. Гемостаз осуществлялся электрокоагуляцией и дополнительным клипированием. Наиболее частым показанием к релапароскопии, в 19 случаях, являлось желчеистечение после холецистэктомии. Из них у 6 больных обнаружено повреждение желчных протоков, 12 больным выполнялось дополнительное клипирование при несостоятельности культи пузырного протока, у 1 больного источник не установлен, операция заключалась в дополнительном дренировании подпеченочного пространства. Повторное лапароскопическое вмешательство выполнялись у 1 больного при несостоятельности швов при прободной язве, которому выполнялось повторное ушивание, а так же санация и дренирование брюшной полости. У 2 больных, оперированных по поводу осложненного гангренозного аппендицита открытым способом, при релапароскопии выявлена и ликвидирована ранняя спаечная кишечная непроходимость. Преимущество лапароскопического доступа, даже при повторных операциях широко используется и в диагностике послеоперационных осложнений. Диагностические релапароскопии были выполнены у 28 больных. Все релапароскопии выполнялись в ранние сроки послеоперационного периода. Её задачами является своевременная санация и ревизия брюшной полости, выявление осложнений, остановка кровотечений, и дополнительное дренирование брюшной полости.

142. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ: РАДИКАЛЬНОСТЬ И МАЛОИНВАЗИВНОСТЬ

Хубезов Д.А., Трушин С.Н., Семионкин Е.И., Огорельцев А.Ю., Пучков Д.К., Родимов С.В.

Рязань

ФГБОУ ВО «Рязанский Государственный медицинский университет им.акад.И.П.Павлова»
Минздрава России

Актуальность. Малоинвазивные вмешательства при геморрое привлекает все больше внимания как пациентов, так и врачей стационаров и амбулаторий. В наши дни имеется широкий набор методик внутрипросветного лечения геморроя. Цель. Провести сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов различных методик малоинвазивного лечения хронического внутреннего геморроя, а также их стоимости. Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование результатов внутрипросветного хирургического лечения больных хроническим внутренним геморроем 2-3 стадии, не поддающимся консервативному лечению. Пациенты были разделены на 4 группы в соответствии с характером произведенного вмешательства. Первую группу составили пациенты, которым выполнялась внутрипросветная геморроидэктомия биполярным коагулятором LigaSure (51 человек). Во второй группе то же вмешательство выполнялось ультразвуковым скальпелем Harmonic (53 человека). Пациентам третьей группы выполнялось трансанальное доплер-контролируемое лигирование геморроидальных артерий с мукопексией и лифтингом слизистой HAL-RAR (44 человека). В четвертую группу вошли больные, перенесшие латексное лигирование геморроидальных узлов (48 человек). Группы были сравнимы по полу и возрасту. Результаты. Продолжительности вмешательства в первой группе составила 15 ± 2 мин., во второй группе 17 ± 3 мин., в третьей 32 ± 4 мин. и в четвертой группе 13 ± 2 мин. В первых трех группах интенсивность боли была сравнима, однако во второй группе в первые сутки она была достоверно ниже, но к десятым суткам достоверно выше, чем в первой и третьей. В группе латексного лигирования выраженность болевого синдрома была достоверно выше на протяжении всего периода наблюдения. Воспалительные изменения в области вмешательства наименее были выражены в первых двух группах, а в четвертой группе признаки воспалительной реакции сохранялись после десятых суток. Среди осложнений кровотечения отмечены достоверно чаще в третьей и четвертой группах (4,5% и 6,3% соответственно), чем в первой и второй (2 и 1,9 % соответственно), а тромбоз наружных геморроидальных сплетений наблюдался только в третьей (9%) и четвертой (10,4%) группах. Острая задержка мочи наблюдалась у 11,4% пациентов третьей группы. Геморроидэктомия Harmonic и LigaSure, а также латексное лигирование выполнялись амбулаторно, а операция HAL-RAR требовала двухдневной госпитализации. В первых двух группах за период наблюдения (до 5 лет) рецидивов заболевания отмечено не было. После операции HAL-RAR рецидивы (кровотечения, выпадение узлов) зарегистрированы в 13,6% случаев, а после латексного лигирования в 18,8%. Большинство этих случаев не требовало повторных вмешательств и корригировались консервативно. По стоимости самым малозатратным было латексное лигирование. При сравнимой стоимости аппаратов Harmonic, LigaSure и HAL-Doppler II, расходы в пересчете на одно вмешательство оказываются выше при доплер-контролируемой дезартеризации. Выводы. Экономически более выгодным представляется латексное лигирование, однако его

применение сопряжено с относительно большим количеством осложнений и частотой рецидивов. Трансанальное доплер-контролируемое лигирование геморроидальных артерий с мукопексией и лифтингом слизистой приносит хорошие результаты, характеризуется низким послеоперационным болевым синдромом, но требует большего времени и обладает наибольшей стоимостью процедуры. Внутрисветная геморроидэктомия LigaSure и Harmonic доказала свою эффективность, комфортность послеоперационного периода, невыраженность местных изменений. При этом использование гармонического скальпеля сопряжено с наименьшей интенсивностью послеоперационной боли в первые сутки.

143.УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА: НОВЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ

*Штейнер М.Л. (1, 2), Биктагиров Ю.И. (1), Корымасов Е.А. (1), Кривощёков Е.П. (1),
Жестков А.В. (1), Протасов А.Д. (1).*

Самара

1) ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России; 2) ГБУЗ СО СГБ№4

Во взрослой практике большинство аспираций инородными телами происходит в состоянии острой энцефалопатии различного генеза, и пациенты чаще всего госпитализируются в поздние сроки с развившимися пневмониями. В этой ситуации кашлевой рефлекс оказывается заблокированным на центральном уровне, и аспирация проходит незамеченной. Ведущими причинами такой ситуации являются состояния алкогольного (реже наркотического) опьянения, обострение дисциркуляторных энцефалопатий на фоне церебрального атеросклероза, острые нарушения мозгового кровообращения, эпилептические припадки. Поэтому выявление инородных тел трахеобронхиального дерева (ИТТБД) чаще всего носит характер находки, когда бронхоскопия проводится по каким-то иным показаниям (наличие ателектаза лёгочной ткани, упорное течение инфильтрации лёгочной ткани, кровохарканье и т.д.). Для удаления ИТТБД предусмотрены различные варианты захватывающих форцептов, и классическим доступом для проведения бронхоскопии с целью удаления, диагностированного ИТТБД, является оральный, т.к. он обеспечивает наиболее свободный и безопасный путь эвакуации захваченных инородных тел через полость рта, в противовес назальному доступу, который предполагает как введение, так и выведение бронхоскопа через нижние носовые ходы. Если при трансназальном проведении бронхоскопа случайно выявляется инородное тело, и эндоскопист принимает решение о его удалении в рамках данного бронхологического вмешательства, он извлекает бронхоскоп и проводит его повторно с использованием орального доступа. Это увеличивает время бронхоскопии, приводит к дополнительному раздражению такой мощной рефлексогенной зоны, как корень языка. Этот вид доступа хуже переносится пациентами с исходной дыхательной недостаточностью. Целью настоящего исследования стала разработка методики

удаления ИТТБД, при котором проведение бронхоскопа трансназально сочеталось бы с выведением мобилизованного ИТТБД через полость рта. Материалы и методы. Проанализирован авторский вариант удаления ИТТБД, применённый в 7 случаях (15,28%) выявленного инородного тела за период с 2006 по 2016 г.г. Всего за указанный период было выполнено 10799 первичных лечебно-диагностических бронхоскопий, во время которых обнаружилось 46 (100,00%) инородных тел. В 43 случаях ИТТБД были удалены в процессе первичной лечебно-диагностической бронхоскопии. В 3-х случаях (6,52%) пациенты в связи с большими размерами ИТТБД были направлены в областную больницу для удаления инородных тел с помощью ригидной бронхоскопии. В 36 случаях (78,26%) ИТТБД были удалены при проведении бронхоскопа перорально. Причины использования альтернативного варианта удаления ИТТБД были: необходимость минимизировать время бронхоскопии и уменьшить нагрузку на кашлевые рефлексогенные зоны у пациентов с исходной тяжёлой дыхательной недостаточностью. Результаты. В 7 эпизодах (15,28%) удаление ИТТБД проводилось в несколько этапов: I-й этап. Инородное тело фиксировалось в трахеобронхиальном и выводилось через голосовую щель в полость рта в обычном порядке. II-й этап. Далее эндоскопист сгибал дистальный конец бронхоскопа кзади, конгломерат (дистальный конец бронхоскопа, проведенный по биопсийному каналу захватывающий форцепт и фиксированное браншами захватывающего форцепта инородное тело) ретроградно подводился к загубнику, фиксирующему челюсти пациента в раскрытом состоянии. III-й этап. Пациент по команде врача постепенно наклонялся вперёд (эндоскопист при этом синхронно с ним менял своё положение), до тех пор, пока лепестки загубника не оказывались в горизонтальной плоскости. IV-й этап. По команде врача пациент широко раскрывал рот, одновременно сестра открывала бранши захватывающего форцепта. Загубник и нефиксированное инородное тело выпадали из полости рта. Заключение. Подобный вариант удаления ИТТБД можно рассматривать, как альтернативный у пациентов с тяжёлой дыхательной недостаточностью.

144. ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТАЦИОННО-РЕПОЗИЦИОННЫХ АППАРАТОВ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Измайлов С.Г., Рябков М.Г., Бесчастнов В.В., Спиридонов А.А., Тихонова О.А., Соколов М.А.

Нижний Новгород

Государственное бюджетное учреждение Нижегородской области
«Городская клиническая больница №30 Московского района г. Нижнего Новгорода»

Современный хирург сталкивается с проблемой дефицита мягких тканей практически ежедневно. Дефект тканей определяет патологический процесс при грыжах, эвентрациях, ранениях, иногда хирурги вынуждены искусственно создавать этот дефект при лапаростомии. Одно из возможных решений этой проблемы – влияние на биологические и биомеханические

процессы, лежащие в основе вязкоэластических свойств живых тканей. В нашей клинике вот уже более 20 лет изучаются вопросы технического совершенствования адаптационно-репозиционных аппаратов и возможности применения аппаратной техники в различных областях хирургии. Конструктивные особенности адаптационно-репозиционных аппаратов позволяют решать принципиальные клинические задачи: разгрузка линии швов («ушивание без натяжения») путем вынесения действующих на края раны при их сопоставлении сил за линию швов и распределения этих сил по относительно большой площади спиц или игл, проведенных внутри кожно-фасциального лоскута; коррекция общих биофизических параметров (профилактика и коррекция компартмент-синдрома); этапные санации очага хирургической инфекции. Внедрение разработанных аппаратных способов лечения инфицированных ран мягких тканей в клиническую практику позволяет улучшить результаты лечения больных с данной патологией. При использовании комплекса предложенных мероприятий для раннего закрытия раневого дефекта и профилактики вторичного инфицирования в лечении 378 пациентов получены хорошие результаты лечения в 302 случаях (79,9 %), удовлетворительные – в 62 (16,4 %). Хирургическая тактика лечения абдоминальной хирургической инфекции, включающая технологии аппаратной управляемой лапароскопии и аппаратной санации очага инфекции применена в лечении более 300 пациентов. В результате в сравнении с традиционной хирургической техникой статистически значимо снижена частота гнойных раневых осложнений – на 52% ($p=0,001$), эвентраций на 82% ($p=0,001$), дыхательной недостаточности на 48% ($p=0,005$). К настоящему времени исследования вышли на уровень понимания общебиологических явлений, возникающих при механическом воздействии на мягкие ткани, в частности, процессов регенерации в ранах, ушитых аппаратным способом, изучение биофизических параметров организма при использовании аппаратного способа ведения брюшной полости. При накоплении опыта выявлены ограничения использования аппаратного способа тканевого растяжения – это, прежде всего, обширные дефекты на фоне низкой мобильности мягких тканей и скомпрометированной микроциркуляции в области дистракции. Для решения этой проблемы мы развиваем и внедряем новые способы комбинированной пластики. У пациентов со скомпрометированной микроциркуляцией (сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани) мы используем технологии гипоксического прекондиционирования и липофилинга для стимуляции ангиогенеза в области раневого дефекта. Таким образом, нашими исследованиями показано, что использование липофилинга и свободной кожной пластики с гипоксическим прекондиционированием совместно с тканевым растяжением расширяет возможности хирурга, обеспечивает безопасное и эффективное закрытие обширных дефектов.

145.АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ ЛИЦА

Чмырёв И.В., Бутрин Я.Л.

Санкт-Петербург

Кафедра термических поражений Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Актуальность. В современных вооруженных конфликтах частота ожогов составляет 1,5-4%. В мирное время по данным Всемирной организации здравоохранения ожоги находятся на третьем месте среди всех травм. Изолированные глубокие ожоги лица встречаются в 2-6,3 % случаев. Основным методом лечения глубоких ожогов является ранняя некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой. На практике часто наблюдается поздняя госпитализация пострадавших по разным причинам с наличием инфекционного процесса в ранах, что делает невозможным выполнение одномоментной аутодермопластики после оперативного удаления погибших тканей. Подготовка ран к кожной пластике после поздней некрэктомии требует длительного лечения, во время которого в ранах появляются госпитальные штаммы, устойчивые к антибиотикам. Современным подходом при лечении ожогов является создание в ранах влажной среды, которая помогает избежать высыхания подкожно-жировой клетчатки, ускоряет формирование грануляционной ткани. Для поддержания благоприятных условий во влажной среде необходимо подавление роста патогенных микроорганизмов. Для этой цели в настоящее время чаще всего используется мазь, содержащая сульфадиазин серебра 1%. В свою очередь появляются новые препараты, одним из которых является гелеобразное раневое покрытие, содержащие наночастицы серебра. Оно принимает форму раны, создает на поверхности воздухопроницаемую пленку и сохраняет в ране влажную среду. В качестве антисептика используются наночастицы серебра, которые в отличие от солей серебра взаимодействуют большим количеством атомов со внешней средой, что обеспечивает более сильное антимикробное действие. Цель: Сравнить эффективность применения биodeградируемого гидрогеля, имеющего в составе наночастицы серебра, с мазью содержащей сульфадиазин серебра 1% при лечении пострадавших с глубокими ожогами лица после выполнения поздней некрэктомии. Материалы и методы. Работа основана на результатах обследования и лечения 25 больных (12 женщин и 13 мужчин) в возрасте 24 – 55 лет с глубокими ожогами лица площадью от 0,5% до 5%, получавших лечение в клинике термических поражений Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с 2015 по 2016 год. У всех больных осуществлялась поздняя некрэктомия (в сроки от 5 до 10 суток) после травмы. Некротизированные ткани удаляли до фасции. В основной группе (12 больных) на раны наносили биodeградируемый гидрогель «Аргакол», содержащий гидролизат белковый, натрия альгинат; антисептики – катапол (бензалкония хлорид), диоксидин, повидон; консерванты, вспомогательные вещества, воду очищенную. В контрольной группе (13 пациентов) после некрэктомии накладывали повязки с мазью сульфадиазина серебра 1%. 1 грамм данного препарата содержит 10,0 мг сульфадиазина серебра и вспомогательные вещества. На следующий день, после выполнения оперативного лечения, раны в контрольной группе обрабатывали раствором натрия хлорида 0,9%, накладывали мазь с сульфадиазином серебра 1% и закрывали марлевыми повязками. В основной группе туалет ран так же выполняли 0,9% раствором натрия хлорида и накладывали биodeградируемый гидрогель «Аргакол». перевязки выполняли ежедневно в контрольной и

в основной группах до оперативного восстановления целостности кожного покрова. Проводили определение количества микроорганизмов в расчете на 1 см² поверхности и на 1 г биоптата раны по методу Loeble et al. (1974). Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, локализации глубокого ожога и площади вмешательства, что позволило рассчитывать на достоверность полученных результатов ($p < 0,05$). Результаты. Подготовка ран к аутодермопластике после поздней некрэктомии потребовала $19,2 \pm 1,6$ суток в основной группе и $24,9 \pm 2,1$ суток в контрольной соответственно ($p < 0,05$). У пациентов на 15 сутки лечения после поздней некрэктомии в основной группе количество микроорганизмов в 1 г биоптата было обнаружено $(2,5 \pm 0,03) \times 10^3$ КОЕ/г и $(6,0 \pm 0,04) \times 10^5$ КОЕ/г в контрольной группе. Заключение. При сравнении результатов применения гидрогеля с наночастицами серебра в основной группе и крема с сульфадиазином серебра 1% в контрольной группе выявлено, что гидрогель сокращает сроки формирования грануляций в ране на $5 \pm 1,8$ дней и снижает количество микроорганизмов в $2,25 \times 10^2$ раза. Вывод. Применение гидрогеля, содержащего наночастицы серебра, у пострадавших с глубокими ожогами лица после поздней некрэктомии позволяет добиться более быстрого очищения ран от фибринозно-некротических масс, сократить сроки формирования грануляционной ткани, что дает возможность в более ранние сроки выполнить аутодермопластику.

146. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ РЕЦИДИВЕ ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

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

Москва

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

Актуальность: Основную долю в структуре летальности при осложненных формах язвенной болезни занимает рецидивирующее язвенное кровотечение. Тактика лечения рецидивов кровотечения из хронических язв желудка и 12-перстной кишки продолжает оставаться предметом оживленных хирургических дискуссий. Материалы и методы: в исследование включены 1530 пациентов с кровотечением из хронических язв желудка и 12-перстной кишки, получавших лечение в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений (Воронеж, 2014). Всем пациентам при поступлении выполнялась экстренная ЭГДС; эндоскопическая остановка кровотечения (F1A,B) и профилактика его рецидива (F2A,B) выполнялась с использованием комбинированного эндогемостаза (инфильтрационный метод в сочетании с АПК, либо клипированием). Медикаментозный гемостаз включал назначение омепразола в стандартных схемах (болюсно 160 мг внутривенно, далее в течение 3 суток на инфузомате 8 мг/час, затем фракционно) и

эрадикационную терапию препаратами первой линии (амоксиклав и кларитромицин). Динамическую ЭГДС выполняли в течение 12-24 часов при неустойчивом эндогемостазе, неполном первичном осмотре, а также при рецидиве кровотечения. Тактика ведения больных с рецидивом геморрагии включала повторный эндогемостаз, эндоваскулярные вмешательства или экстренную операцию и в большинстве случаев определялась эмпирически. Полученные результаты: Общая летальность в группе составила 1,9%, послеоперационная – 15,4%, летальность после консервативного лечения – 1,5%. Хирургическая активность составила 3,4%. Рецидив кровотечения в ранние сроки пребывания больных в стационаре развился у 108 (7,1%) пациентов. Причина развития рецидива у большинства больных была связана с несоблюдением стандартов НКР. Повторный эндоскопический гемостаз был эффективен у 82 пациентов (76%) и потребовал использования других способов эндогемостаза (диатермокоагуляция, EndoClot, Гемоспрей). У остальных 26 пациентов вновь развился рецидив кровотечения; 18 больным была предпринята еще одна попытка эндогемостаза, а 3 пациентам была выполнена трансартериальная эмболизация. В связи с неэффективностью эндоскопического и медикаментозного гемостаза в общей сложности оперировано 17 пациентов, послеоперационная летальность составила 29,4%. Общая летальность в группе больных с рецидивом кровотечения составила 11,1% (умерло 12 больных). Обсуждение и выводы: Таким образом, применение повторного эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза при первом рецидиве язвенного кровотечения позволяют у 84% больных избежать хирургического вмешательства. В случае повторных рецидивов кровотечения тактика лечения больных должна определяться индивидуально, однако задержка с выполнением оперативного вмешательства приводит к существенному увеличению летальности.

147.РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЧАТОЧНО-ТКАНЕВОГО ДРЕНИРОВАНИЯ С МАЗЯМИ НА ГИДРОФИЛЬНОЙ ОСНОВЕ НА ЭТАПЕ ЭВАКУАЦИИ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

*Долгополов В.В.(1), Торба А.В.(1), Клевака И.Г.(1), Жаданов В.И.(1),
Сумишевский Э.В.(2), Долгополова Е.В.(1), Кузнецова Г.В.(1), Родович В.В.(1)*

Луганск, ЛНР

- (1) ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» ЛНР
(2) ГУ «Луганская клиническая многопрофильная больница №1» ЛНР

Актуальность. Во время различных вооруженных конфликтов основная масса ранений человека приходится на огнестрельные, что влечет за собой санитарные потери. Во время Великой Отечественной войны количество раненых, возвращенных в строй, составило 72,3 %. Во время войны в Афганистане 1979-1989гг.-в строй вернулось 82 % раненых. При проведении контртеррористических операций на Северном Кавказе в 1994-1996гг. - 87,1%; 1999-2002гг.-

89,5 %. В структуре боевой хирургической травмы легко раненые могут составить до 50% общего числа санитарных потерь. Цель. Проанализировать опыт применения перчаточнотканевого дренирования с мазями на гидрофильной основе на этапе эвакуации в условиях локальных военных конфликтов. Материалы и методы. За время активных боевых действий на Донбассе 2014-2015 года в клинику поступило 196 человек с ранениями мягких тканей. Все больные, начиная с приемного отделения, были разделены на 3 рандомизированные группы: 1 группа (87 больных) – раненые, которым при выполнении первичной хирургической обработкой раны были установлены перчаточно-салфеточные дренажи пропитанные мазевой основой «Левомеколь». Вторую группу (73 больных) составили раненные с выполненной первичной хирургической обработкой в объеме иссечения зоны первичного некроза дренированием перчаточным либо трубчатый дренажем. В третью группу (36 больных) вошли раненные поступившие непосредственно с места получения боевой травмы в стационар без выполнения первичной хирургической обработки ран на этапе эвакуации. Все раненные были доставлены в лечебное учреждение в течении суток после полученных ранений. Пострадавшие которым была выполнена ПХО ран антибактериальную терапию на этапе эвакуации не получали. Анализировали течение раневого процесса на 3, 5, 7 и 10 сутки. Обсуждение полученных результатов. В результате наблюдения на 10 сутки лечения в выделенных группах раненных было выявлено следующее: все больные 1й группы выписаны, либо переведены на амбулаторное лечение к хирургу по месту жительства; у 70% больных 2й группы отмечается образование грануляционной ткани, данным больным накладываются отсроченные швы для уменьшения раневого дефекта кожного лоскута; у 20% больных 3й группы отмечается активное очищение раны с признаками заживления вторичным натяжением (10% больных выполнено наложение отсроченных швов). 40% больных, которым были наложены отсроченные швы, выписаны для дальнейшего наблюдения у хирурга по месту жительства. Выводы. Применение дренирования с перчаточными дренажами, пропитанными мазевой основой «Левомеколь», еще на этапе эвакуации при выполнении ПХО на базе развернутой войсковой медицинской службы способствует ускорению заживления и создает благоприятные условия для развития регенераторных процессов в ране уже с момента эвакуации раненного. Данный вид дренирования ран способствует активному заживлению огнестрельной раны в течении 10 суток, что способствует выздоровлению и возвращению в строй раненных.

148.К ВОПРОСУ О ВЗЯТКОЕМКОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В МЕДИЦИНЕ

Мяконький Р.В. (1), Каплунов К.О. (2)

Волгоград

- 1) ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница №3"
- 2) Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Коррупция была и остается одной из глобальных проблем, стоящих перед мировым сообществом. Термин «коррупция» в нашей повседневной жизни фигурирует достаточно часто. Она пронизывает все сферы жизнедеятельности общества, в том числе и здравоохранение. По данным газеты «Известия» от 22.05.2002 г. бесплатное медицинское обслуживание обходится россиянам почти в 600 000 000 долларов США, лидируя в рейтинге бытовой коррупции. Признавая чрезвычайно важное для государства значение сферы охраны здоровья, неуклонно растет число возбуждаемых уголовных дел по статьям о коррупции в медицине. По данным сайта Rasmi.ru только в 2012 г. за мзду до 500 рублей были наказаны 926 человек, наверняка в этом числе были и медики. Для начала необходимо определиться с дефинициями термина «взятка». Согласно статье 290 Уголовного кодекса (УК) РФ «Получение взятки», такое деяние трактуется как: «... получение должностным лицом или через посредника... взятки в виде денег, ценных бумаг, иного имущества либо в виде оказания ему услуг имущественного характера, предоставления иных имущественных прав... за совершение действий (бездействие) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц, ... если такие действия (бездействие) входят в служебные полномочия должностного лица, либо если оно в силу должностного положения может способствовать таким действиям (бездействию), а равно за общее покровительство или попустительство по службе». Из определения понятно, что взятку можно дать только должностному лицу. Важный вопрос: врач – должностное лицо или нет? Интересный факт – понятие «врач» в законодательстве РФ не существует. В статье 2 Федерального закона № 323 от 03.07.2016 г. упоминается только «лечащий врач» - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения. Разумно предположить, организуя помощь, врач становится должностным лицом. Непосредственно оказывая медицинскую помощь, врач действует как рядовой специалист организации, то есть не является должностным лицом. На вопрос о врачах и взятках дает разъяснение пленум Верховного суда РФ, который в своем Постановлении № 24 от 09.07.2013 г. «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях» определил круг должностных обязанностей, за исполнение которых можно обвинить в коррупции. Согласно части 7 указанного Постановления, к взяткам относится плата только за организационно-распорядительные и административно-хозяйственные функции. Таким образом, лечебная деятельность не попадает под данные функции. Учитывая низкий уровень юридической грамотности врачей хирургического профиля, нам представляется целесообразным изучение информированности врачей-хирургов о коррупционной составляющей их деятельности. Цель исследования – определение уровня осведомленности врачей хирургического профиля о коррупции в их профессиональной деятельности и поиск путей профилактики коррупционных действий в медицине. Материал и методы. Исследование проводилось в мае-июне 2017 г. на базе хирургических отделений ГБУЗ

«Волгоградская клиническая больница № 1» и ГБУЗ «Волгоградская клиническая больница № 3». В работе использовался конкретно-социологический метод исследования – простое добровольное анонимное анкетирование. Всего было проанкетировано 32 врача-хирурга. С учетом принятых в социологии медицины требований к анкетированию, первая часть вопросов носила нейтральный характер, затем предлагались более сложные и, наконец, вопросы социально-демографического блока завершали анкету. Отсутствовали пункты, характеризующиеся органической множественностью, составные вопросы и вопросы с двойным отрицанием, было минимизировано количество вопросов с числом альтернативных ответов более пяти и другие. Была составлена и использована оригинальная анкета, которая включала 10 вопросов. Опрос проводился в каждом отделении в течение одного рабочего дня, чтобы исключить повторное включение респондентов в опрос. Анализ паспортной части анкеты показал, что среди респондентов преобладали мужчины в возрастной когорте 50-59 лет, имеющие опыт работы более 20-ти лет, оценивающие свое материальное положение как хорошее и состоящие в браке. Полученные результаты и их обсуждение. Проведенное анкетирование показывает, что подавляющее большинство докторов в той или иной степени признают себя участниками коррупционной деятельности, при этом, не осознавая степень ответственности за свои действия. Так почти все врачи (96,9%) указали, что хотя бы однажды принимали «подарки» от своих пациентов, стоимостью более 3 000 рублей. Гораздо меньшее количество респондентов – 19 (59,4%) – считают принятие дорогостоящих подарков от пациентов наказуемым деянием. Лишь 13 докторов (40,6%) предложили относительно точное понятие термину «взятка». При ответе на вопрос о наиболее взяткоемкой отрасли народного хозяйства, большинство врачей указали органы полиции (78,1%), далее медицина и образование – 59,3% и 53,1% соответственно (сумма ответов превышает 100%, т.к. предлагалось отметить несколько вариантов ответов). Данные позиции в целом согласуются с социологическими опросами по данной проблематике. Отвечая на вопрос о причинах, заставляющих медицинского работника получать дополнительное вознаграждение за свой труд, почти все респонденты (93,8%) отметили низкий уровень официальной зарплаты, мотивирующий врача на поиск новых методов заработка. При этом все доктора (100%) признают пробелы в собственных знаниях относительно юридических тонкостей по проблеме коррупции и все считают необходимым их просвещение внутри профессионального хирургического сообщества. Большинство хирургов, понимают целесообразность профилактических мер, направленных на предотвращение коррупционной составляющей медицинской профессии (68,8%). Выводы. Проведенное исследование демонстрирует, что врачи-хирурги обладают весьма поверхностными юридическими знаниями по вопросам коррупции, при этом признавая, что могут сами участвовать в коррупционных эпизодах. Уместно предположить, что многие респонденты смешивают понятие из уголовного законодательства «взятка» (статья 290 УК РФ) и понятие гражданского законодательства «запрещение дарения» (статья 575 ГК РФ). Пациент или его родственники вправе подарить врачу подарок стоимостью до 3000 рублей. Превышение этой суммы не превращает подарок во взятку (взятку может получить исключительно должностное лицо). Кроме того, в ГК РФ наказание за запретное дарение вообще не предусмотрено. Признавая необходимость проведения профилактических антикоррупционных мероприятий, доктора вынуждены принимать подарки от пациентов, не имея достаточно высокого официального заработка. Вариантом решения данной проблемы может быть не только увеличение базового оклада заработной платы начинающему хирургу, но и повышение престижности медицинской

специальности в целом путем усиления социальной защищенности врача (льготы на ЖКХ, проезд в общественном транспорте, санаторно-курортное лечение и т.п.). Рекомендации. Кроме начавшихся под эгидой Российского общества хирургов (РОХ) мероприятий по юридической защите хирургов (членов РОХ), необходима целенаправленная работа по просвещению хирургического сообщества, в которой будут даваться разъяснения профессиональных юристов и адвокатов, а также предлагаться варианты, определяющие поведение хирурга в кризисной ситуации.

149. ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лящук А.В. (1), Пронин И.В. (2), Мирошниченко П.В. (3), Торба А.В. (1), Чайка О.О. (1), Киндрицкая Ю.Г. (2), Кателенец М.О. (2), Нижельский В.Е. (2), Реука В.П. (2)

Луганск, ЛНР.

- (1) ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки».
- (2) ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР.
- (3) ГБУ «Гудермесская центральная районная больница»

Актуальность. Острый варикотромбофлебит нижних конечностей (ОВФНК) является одним из наиболее опасных осложнений варикозной болезни нижних конечностей. Это заболевание с которым встречается врач любой специальности. Тромботический процесс (ТП) в подкожных венах может сопровождаться тромбозом глубоких вен (ТГВ), что составляет 10% от всех ОВФНК. Главная опасность этих заболеваний – тромбоемболия легочной артерии (ТЭЛА), которая возникает у 25–37% больных. Необходимо также учитывать риск ТЭЛА даже в отсутствие миграции при наличии в основном стволе большой подкожной вены (БПВ). Известно, что у некоторых больных истинное расположение верхушки тромба не соответствует клиническим проявлениям и располагаться гораздо выше уровня участка гиперемии кожных покровов. Цель исследования. Анализ хирургического лечения ОВФНК при определении проксимальной границы верхушки тромба под УЗИ-контролем. Материалы и методы: В исследование включены 156 больных с ОВФНК, которые находились на лечение в отделение трансплантации и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы в период с 2014 по 2016 гг. Мужчин было 53 (34%), женщин 103 (66%). Возраст больных от 42 до 74 лет, средний возраст составил 54,3. Больные были обследованы согласно стандартам клинических протоколов. Всем пациентам было проведено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДА) с цветным доплеровским картированием кровотока на ультразвуковом сканере MyLab 40. В зависимости от расположения ТП, больные были разделены на две группы: 1 – группа 133 (85,3%) больных ТП локализовался до н/3 и в/3 бедра в бассейне БПВ, из них эмбологенных 59 (37,8%), а 2 – группа 23 (14,7%) больных ТП на уровне голени в бассейне БПВ. У 47 (30,1%) больных отсутствовали клинические проявления ОВФНК,

но при УЗДА был выявлен ТП. Результаты: По данным УЗДА проксимальная граница верхушки тромба располагалась проксимальнее гиперемированного участка кожи в 93 (59,6%) случаях в среднем на 5 – 10 см. В 63 (40,4%) случаях имело истинное расположение. В качестве профилактики ТЭЛА, больным у которых ТП локализовался на уровне н/3 и с/3 бедра, выполнена кроссэктомия - 133 (85,3%). У 23 (14,7%) больных, ТП локализовался на голени в бассейне БПВ, регресс удалось достичь консервативными методами лечения. Больные обеих групп получали идентичное лечение: ношение компрессионного трикотажа, приём венотонизирующих препаратов, низкомолекулярные гепарины, антибиотикопрофилактика, паравазальные блокады. Все больные после операции отмечали положительную динамику. Осложнений и летальных исходов не было. Распространения тромбоза выше уровня перевязки не отмечено. На момент выписки из стационара все больные отмечали положительную динамику. Выводы. УЗДА – наиболее точный и высокоинформативный метод в диагностике острого венозного тромбоза, что позволяет верно оценить состояние венозной стенки и просвета, установить характер тромбоза (восходящий или эмбологенный). При ОВФНК на уровне н/3 или с/3 беда с наличием ТП с последующей кроссэктомией является доступным методом профилактики ТЭЛА.

150. ЭРОЗИВНЫЕ ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ермолов А.С., Тверитнева Л.Ф., Тетерин Ю.С., Кузьмина И.М. Клычникова Е.В.

Москва

ГБУЗ НИИСП им.Н.В.Склифосовского ДЗМ

Цель исследования: обосновать тактику лечения пациентов с кардиальной патологией, осложненной развитием эрозивного язвенного гастродуоденального кровотечения на фоне антикоагулянтной и антиагрегантной терапии. Материал и методы. В исследование включены 38 пациентов с эрозивным язвенным кровотечением, возникшими на фоне острой коронарной патологии, среди которых 22 с инфарктом миокарда, 16 - со стенокардией. 24 больных получали гепарин и дезагреганты, 14 - только дезагрегантную терапию. Всем пациентам проводилось исследование показателей свертывающей системы крови на 1,3,7,14 сутки от поступления. С целью установления источника кровотечения и гемостаза выполнялась экстренная ЭГДС. Для оценки интенсивности и типа кровотечения использована классификация Forrest. В 21 случае применялся эндоскопический гемостаз : у 9 пациентов инфильтрационным методом (инъекции раствора адреналина), у 12 - трехкомпонентной комбинацией методов (инъекционный метод в сочетании с аргоноплазменной коагуляцией и аппликацией клея). Результаты. Эрозивно-язвенные гастродуоденальные кровотечения у пациентов наблюдались на фоне нарушений в системе гемостаза. У больных, получающих антиагрегантную терапию, кровотечения возникали на фоне достоверного снижения

агрегационной способности тромбоцитов с развитием дизагрегации и дезагрегации. У пациентов, получающих антикоагулянты и антиагреганты, отмечалась гипокоагуляция, агрегационная способность тромбоцитов была также снижена. По данным неотложной ЭГДС было установлено, что у 22 пациентов источником кровотечения явились острые и хронические язвы желудка и 12-перстной кишки, у 16- острые эрозии. Кровотечение типа Forrest 1a (F 1a) было у 4 пациентов, F 1b - у 7, F 2a – у 8, F 2b – у 6, F 2c- у 13. Все случаи применения комбинированного эндогемостаза имели успех, из 9 случаев применения инфильтрационного метода в 3 наблюдался рецидив кровотечения. Повторные эндоскопические вмешательства у этих пациентов обеспечили надежный гемостаз. Разработанная нами тактика лечения пациентов заключалась в следующем: при кровотечении типа F1a, 2a - отмена антикоагулянтов и антиагрегантов. Эндоскопический гемостаз комбинированным методом с контролем за эффективностью. Экстренное хирургическое лечение при неэффективности эндоскопического гемостаза. Коррекция системы гемостаза - гемостатическое лечение, инфузии эритроцитарной массы, плазмы, аминокaproновой кислоты, этамзилата. Массивная антисекреторная терапия - инфузии блокаторов протонной помпы (нексиум) в дозировке 160 мг/ в сутки. При кровотечении типа Forrest 1b – отмена антикоагулянтов прямого действия, коррекция системы гемостаза. Эндоскопический гемостаз комбинированным методом. Массивная антисекреторная терапия в виде инфузии нексиума в дозировке 160 мг/ в сутки. При кровотечении типа Forrest 2b - тактика решалась после уточнения источника кровотечения при эндоскопическом исследовании и смывании сгустка и проводилась по одной из вышеприведенных схем. При кровотечении типа Forrest 2c – коррекция показателей свертывающей системы крови, продолжение патогенетической терапии основного заболевания в том же составе. Инфузии блокаторов протонной помпы в дозировке 160 мг/ в сутки. Заключение: описанная тактика лечения больных с эрозивными язвенными гастродуоденальными кровотечениями, возникшими на фоне острой кардиальной патологии, позволила нам улучшить результаты лечения этой категории больных. За период наблюдения удалось избежать экстренного оперативного лечения, не наблюдалось ни одного случая смерти от продолжающегося гастродуоденального кровотечения. Лечение кардиальной патологии было продолжено по установленной схеме после ликвидации угрозы кровотечения.

151.О СВЯЗИ МЕЖДУ АРТЕРИАЛЬНЫМИ ТРОМБОТИЧЕСКИМИ СОБЫТИЯМИ И ЧАСТОТОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА

Иванов М.А., Артемова А.С., Шило М.М., Винничук С.А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет
им. И. И. Мечникова» МЗ РФ

Цель. Выявление взаимосвязи венозных и артериальных тромбозов. Материалы и методы. В период за 2010-2014гг. по результатам аутопсий было зарегистрировано 49 случаев сочетания артериальных и венозных тромботических событий. Результаты аутопсий классифицированы согласно кодировке патологических состояний. В случае выявления ТЭЛА исследовали систему нижней полой вены на предмет венозного тромбоза (ТГВ), включая маточные и простатические венозные сплетения. Идиопатический венозный тромбоэмболизм классифицировали как наличие ТЭЛА и проксимального флеботромбоза. Артериальные тромботические события подразделены в настоящем исследовании как причины инфаркта миокарда (коронарный бассейн), а также ишемического инсульта (каротидный и вертебробазиллярный бассейн). Статистическая обработка. Результаты были занесены по шкале среднеарифметических значений (mean) ± стандартное отклонение (SD). Сравнение групп средних арифметических значений было проведено посредством использования непараметрического критерия Манна-Уитни. Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерий Фишера. Результаты. Установлена взаимосвязь наличия артериальной гипертензии, упоминания в анамнезе ИМ и ОНМК, а также стойких нарушений сердечного ритма с развитием идиопатического ВТЭ ($p < 0,05$). Частота идиопатического ВТЭ у пациентов с артериальными тромбозами различных локализаций превышала таковую у больных без артериальных тромбозов (45 v/s 4; OR 1,5 (1,01-1,49; $p < 0,05$). Выводы. Идиопатические ВТЭ достоверно чаще встречаются у больных с метаболическими нарушениями на фоне атеросклеротического поражения различных артериальных бассейнов.

152. НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Халидов О.Х., Родионов И.Е., Гаджимурадов В.К.

Москва

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

В последние годы отмечается увеличение частоты хронических гастродуоденальных язв у лиц старше 60 лет. Особенности течения гастродуоденальных язв у больных старше 60 лет относятся более значительные размеры язвенных дефектов, сопровождаются развитием осложнений. Целью исследования является – проведение анализа состояния микроциркуляции в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста с пенетрирующей язвой гастродуоденальной зоны, для разработки патогенетически обоснованной лечебной тактики. Материал и методы. Исследование микроциркуляции в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки проведено у 56 пациентов с пенетрирующей гастродуоденальной язвой. Из них 38 пациентов были в возрасте от 20 до 60 лет, старше 60 лет было 18 больных. Размеры язвенного дефекта в возрасте от 20 до 60 лет меньше 2 см. у 25 пациентов (65,8%), язва более 2 см. в 13 случаях (34,2%). Оценка состояния микроциркуляции проводилась методом лазерной доплеровской флоуметрии с использованием лазерного анализатора микроциркуляции крови ЛАКК-02 НПП «Лазма» по методике Б.С. Брискина и соавт., 1999 год, с применением световодного эндоскопического зонда той же фирмы, которого подводили к слизистой оболочке органа. Результаты и обсуждение. Установлено, что у больных в возрасте от 20 до 60 лет показатель микроциркуляции (М) был равен $9,1 \pm 0,78$ перфузионных единиц (пф. ед.), среднее квадратичное отклонение (СКО) – $0,45 \pm 0,05$ пф. ед., коэффициент вариации (Kv) – $4,9 \pm 0,22\%$, индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ) – $1,63 \pm 0,16$. В той же группе больных при исследовании микроциркуляции в антральном отделе желудка М был равен $5,2 \pm 0,8$ пф. ед., СКО – $0,41 \pm 0,05$ пф. ед., Kv – $7,9 \pm 0,29\%$, ИЭМ – $1,58 \pm 0,15$. Показатели микроциркуляции в двенадцатиперстной кишке составили: М – $11,1 \pm 1,0$ пф. ед., СКО – $0,43 \pm 0,04$ пф. ед., Kv – $3,9 \pm 0,3\%$, ИЭМ – $1,37 \pm 0,15$. У пациентов старше 60 лет с пенетрирующей гастродуоденальной язвой показатель микроциркуляции в задней стенке желудка был равен $8,4 \pm 0,89$ пф. ед., СКО – $0,36 \pm 0,05$ пф. ед., Kv – $4,3 \pm 0,73\%$, ИЭМ $1,45 \pm 0,12$. Те же показатели в антральном отделе желудка составили: М – $4,4 \pm 0,73$ пф. ед., СКО – $0,34 \pm 0,05$ пф. ед., Kv – $7,7 \pm 0,26\%$, ИЭМ – $1,43 \pm 0,12$. В двенадцатиперстной кишке у больных этой группы М равнялся $10,4 \pm 1,02$ пф. ед., СКО – $0,31 \pm 0,05$ пф. ед., Kv – $3,0 \pm 0,25\%$, ИЭМ – $1,30 \pm 0,19$. Анализ представленного материала говорит об ухудшении микроциркуляции в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки у больных старше 60 лет с пенетрирующей гастродуоденальной язвой, по сравнению с пациентами молодого и зрелого возраста. Снижение микроциркуляции приводит к развитию и нарастанию гипоксии, нарушению трофических процессов в слизистой гастродуоденальной, является одной из причин значительных размеров язв у пожилых больных, а так же большой частоты развития осложнений язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста. При этом значительно чаще, чем у лиц от 20 до 60 лет, развивается

наиболее тяжёлая форма осложнений – сочетанные осложнения гастродуоденальной язвы. Снижая резистентность слизистой оболочки по отношению к факторам «агрессии», они приводят к более частым рецидивам заболевания. А замедление регенерации на фоне недостаточного кровоснабжения стенки органа, имеет следствием торпидное течение язвенной болезни, нарастание частоты длительно не рубцующихся язв. Выводы. 1. У больных пожилого и старческого возраста ведущим фактором патогенеза гастродуоденальных язв является ухудшение микроциркуляции в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Это приводит к торпидному течению язв, значительным их размерам, частому сочетанию нескольких осложнений и делает малоперспективной стандартную противоязвенную терапию. 2. Необходимо пересмотреть лечебную тактику и расширить показания к плановому оперативному лечению у больных старше 60 лет с пенетрирующей гастродуоденальной язвой, не дожидаясь осложнений.

153. СРАВНЕНИЕ БЕМИПАРИНА И ЭНОКСАПАРИНА В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН: РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО, РАНДОМИЗИРОВАННОГО, КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Сучков И.А. (1), Калинин Р.Е. (1), Javier Martinez-Gonzalez (2), Sebastian M. Schellong (3)

1-Рязань, Россия 2-Madrid, Spain, 3-Dresden, Germany

1-Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова,
2-Laboratorios Farmac?uticos ROVI S.A., Madrid, Spain,
3-St?dtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt, Dresden, Germany

Введение: в настоящее время клинические рекомендации советуют применять низкомолекулярные гепарины (НМГ) в качестве терапии первой линии для лечения тромбоза глубоких вен (ТГВ). Тем не менее, четкой информации по сравнению применения разных вариантов НМГ нет. Настоящее исследование сравнивает однократное введение в сутки НМГ 2 поколения бемипарина натрия (средняя молекулярная масса 3.6 кДа, время полужизни 5.2-5.4 часа, соотношение анти-Ха/анти IIa- активности 8:1) и стандартное двукратное введение в сутки эноксапарина натрия. Методы: проведена III фаза мультинационального мультцентрового рандомизированного открытого параллельного исследования (идентификатор [clinicaltrials.gov =NCT01880216](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT01880216)) у симптомных пациентов с проксимальными ТГВ для подтверждения того, что Бемипарин 115 МЕ/кг/24 часа п/к не уступает по эффективности Эноксапарину 1мг/кг/12 часов п/к. Оба НМГ вводились в течение 7±2 дней и перорального антикоагулянта в виде варфарина (с МНО = 2-3), начиная со 2 дня вплоть до Визита 3 (День 83). Первичным критерием эффективности служили пациенты, у которых отмечалась положительная динамика течения тромбоза через 3 месяца, определяемая как более чем 4х кратное снижение УЗ-баллов шкалы тромбоза, или снижение УЗ-баллов шкалы тромбозов более чем на половину, если число баллов составляет ?6, при условии

подтвержденного отсутствия прогрессирования или рецидива ТГВ, подтвержденной симптомной ТЭЛА или ассоциированной с ВТЭО смерти. Компрессионные тесты при УЗ исследовании проводились согласно стандартизированному протоколу и оценивались центральным непредвзятым комитетом, члены которого не имели информации о проводимом лечении или интерпретации местными специалистами. Данные компрессионных УЗ-тестов передавались с соблюдением принципов ослепления клинических данных. Порог, доказывающий то, что Бемипарин не уступает по эффективности Эноксапарину, был установлен на уровне $\alpha = 0.05$, 1-сторонний α -уровень был 2.5%. Результаты: 312 пациентов (из 16 исследовательских центров в России и 5 в Грузии) с проксимальными ТГВ рандомизированы в группы, которым назначался Бемипарин (n= 162) или эноксапарин (n=150). Средняя продолжительность лечения составила 7.4 (1.30) дней для Бемипарина и 8.1 (1.45) дней для Эноксапарина. Было продемонстрировано, что Бемипарин не уступает по эффективности Эноксапарину, достигнув первичной эффективности 78.2% (111/42) и 80.8% (97/120), соответственно (разница=2.66 [97.5% CI: -12.39; ?]); для пациентов, завершивших исследование в рамках протокола лечения). Через 3 месяца (визит 3) среднее снижение количества баллов при УЗ-оценке тромбозов составило 8.7 (6.70) и 8.4 (6.61) в группах Бемипарина и Эноксапарина, соответственно (согласно результатам проведенного анализа в полной выборке). В каждой из групп был пациент, у которого развилась симптомная нефатальная ТЭЛА. За время проведения исследования не зарегистрировано смертей, рецидивов ТГВ и ассоциированных с проводимым лечением крупных кровотечений. По три пациента из каждой группы прекратили прием препаратов в связи с развитием побочного действия лекарств. Выводы: однократная инъекция в сутки является более удобной, чем две инъекции с интервалом в 12 часов. Данное мультицентровое рандомизированное клиническое исследование продемонстрировало, что однократное в сутки введение Бемипарина не уступает по эффективности двукратному в сутки введению Эноксапарина у пациентов с острым проксимальным тромбозом глубоких вен. У обоих НМГ отмечается благоприятный профиль безопасности.

154. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Макаров И.В., Косякин В.А., Зайцев В.Е., Лопухов Е.С., Ткаченко А.А.

Самара

ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России,
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара» ОАО «РЖД»

Хирургическое лечение больных с острым панкреатитом является одной из самых сложных задач неотложной хирургии. За последние 5 лет в НУЗ «ДКБ на ст. Самара» ОАО «РЖД», являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 Самарского государственного медицинского университета, поступил 151 больной. Мужчин было 81

(53,6%), женщин – 70 (46,4%). Средний возраст больных составил 49±5,5 лет. Согласно классификации Атланты (1992) с нетяжелым панкреатитом было – 134 (88,7%), острый панкреатит тяжелый наблюдали у 17 (11,3%), острое жидкостное скопление – у 6 (4,0%), панкреонекроз инфицированный – у 5 (3,3%), стерильный панкреонекроз – у 6 (4,0%). Разлитой гнойный перитонит выявили у 3 (2%) больных, флегмоны забрюшинного пространства – у 2 (1,3%). При поступлении и в ходе обследования выполняли стандартный набор исследований: общий анализ крови, общий анализ мочи с диастазой, биохимический анализ крови с определением амилазы, УЗИ органов брюшной полости, ЭФГДС, КТ органов брюшной полости. Все больные получали комплексное лечение, включавшее инфузионную терапию до 4500 мл в сутки при тяжелых формах (в среднем 1400 мл), антибактериальную терапию (цефалоспорины II, III поколения, метронидазол, фторхинолоны I, II поколений, карбопенемы, аминогликозиды II, III поколения), антисекреторную терапию (омепразол, квамател, рабелок, октреатид). Из 151 человек оперированы 10 (6,6%). Выполняли санацию и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки, вскрытие и дренирование абсцессов, в том числе абдоминализацию поджелудочной железы у 2 пациентов, холецистостомию – в 2 случаях, холецистэктомия – в 2, холедохотомия с дренированием холедоха по Керу – в 1, марсупиализация – в 2 случаях. Оперированы повторно 5 больных, из них 2 оперированы трижды (пациентам выполняли некрсеквестэктомии, в 1 случае – ушивание свища поперечно-ободочной кишки). В группе больных с панкреонекрозом койко-день составил 34,3 дня, в том числе у оперированных пациентов – 43,6 дней. Общая летальность составила 2% (3 случая), послеоперационная летальность – 20% (2 случая). Больные погибли на фоне тяжелой полиорганной недостаточности и развития ДВС-синдрома.

155. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Макаров И.В., Косякин В.А., Зайцев В.Е., Навасардян Н.Н., Лопухов Е.С.

Самара

ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России,
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара» ОАО «РЖД»

Лечение больных механической желтухой является одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Нами проведен анализ результатов лечения 86 больных с синдромом механической желтухи, госпитализированных в НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД» за последние 10 лет. Из них 32 были мужчины, 54 женщины. Большинство пациентов было в возрасте 60-69 лет. В течение суток от начала заболевания было госпитализировано только 18 пациентов, в период от 1 до 3 суток – 25 и более половины (43 пациентов) – через 3 суток и до 3 недель. По этиологии механической желтухи: холедохолитиаз - 29%; с-г головки поджелудочной железы - 23%; стриктура холедоха - 21%, ЖКБ, острый холецистит - 15%; хронический индуративный панкреатит - 5%; с-г

фатерова соска - 3%; с-г внепеченочных желчных протоков - 2%; стенозирующий папиллит - 1%. Минимальный уровень билирубина составил 27,4 мкмоль/л, максимальный - 473 мкмоль/л. При поступлении в стационар больным выполнялся стандартный протокол обследования, включающий общее лабораторное обследование, УЗИ брюшной полости, ФГДС, по показаниям – КТ. ЭРХПГ была выполнена 5 пациентам, которая в 3 случаях сочеталась с папиллосфинктеротомией, в 1 случае выполнена холедохостомия, в 1 случае ЭРХПГ была завершена переходом на верхнесрединную лапаротомию с холецистэктомией, резекцией холедоха и наложением гепатикоюноанастомоза с межкишечным анастомозом по Брауну и заглушкой по Шалимову. Консервативная терапия была проведена 24 пациентам. Синдром желтухи удалось купировать у 21 больного, после чего они были выписаны с рекомендацией оперативного лечения в плановом порядке. Отказались от предложенного оперативного лечения 2 пациента, еще 1 пациент, поступивший в тяжелом состоянии, умер на этапе предоперационной подготовки. В экстренном порядке оперированы 5 больных, 9 – в срочном, 48 – в плановом. Холецистэктомия с наружным дренированием холедоха по Керу выполнена у 5 больных, с наложением одного из вариантов билиодигестивного анастомоза (БДА) – у 54 пациентов, 2 больным выполнена холецистостомия (ХС), в 1 случае выполнена ревизия холедохоеюноанастомоза (ХЕА) с наложением ХДА по Финстереру. Холецистэктомия с наложением ХДА по Юраш-Виноградову выполнена 23 пациентам. ХЕА наложен 21 больным, гепатикоюноанастомоз (ГЕА) – 7, при этом операции завершали наложением межкишечного анастомоза по Брауну и заглушкой по Шалимову. По 1 случаю выполняли: наложение ГЕА по Ру с дренированием печеночных протоков по Прадери, ХЕА на выключенной по Не петле и операция Геца. Среднее пребывание пациента в стационаре составило 14,3 койко-дня, что напрямую зависело от сроков поступления в стационар, наличия сопутствующей патологии, объема оперативного вмешательства. Общая летальность составила 8,1% (7 пациентов), послеоперационная летальность – 9,7%. Таким образом, ведущими факторами, влияющими на тяжесть состояния, течение послеоперационного периода и исход лечения, являются непосредственная причина обтурации желчевыводящих путей, длительность желтушного периода, наличие сопутствующей патологии и объем выбранного оперативного вмешательства. Особенно важным является раннее выявление пациентов с данной патологией на амбулаторном этапе. Лечение больных с механической желтухой требует опыта и высокой квалификации хирурга, активных совместных действий врачей нескольких специальностей. При этом хирургическое вмешательство должно быть адекватным как с позиций разрешения механической желтухи, так и с позиций нанесения минимальной травмы пациенту.

156. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Можаровский В.В., Цыганов А.А., Можаровский К.В., Иржанов Ф.Н.

Дмитров (Московская обл.)

ГБУЗ МО "Дмитровская городская больница"

Ушивание прободной язвы является самой распространенной операцией используемой в лечении данного осложнения язвенной болезни, а для ее реализации все чаще используются лапароскопические технологии. Однако концепция малоинвазивной хирургии не ограничивается только лапароскопическими технологиями. Использование комплекта минидоступа «Мини-ассистент» доказало свое право на существование в хирургии желчнокаменной болезни, в связи с чем возникает интерес в экстраполяции этого способа на иную абдоминальную патологию, и необходимость проведения анализа этих технологий в хирургическом лечении прободных язв. Цель исследования. Анализ эффективности различных малоинвазивных способов лечения пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Материал и методы. Материал исследования составили результаты лечения 82 пациентов с перфоративными язвами желудка и ДПК, госпитализированными в хирургическое отделение Дмитровской городской больницы в период с сентября 2014 по декабрь 2016 г. Все пациенты были разделены на три группы. Группы исследования составили 20 и 12 пациентов в лечении которых использован лапароскопический способ ушивания перфоративных язв (ЛСУ) и способ ушивания с использованием комплекта «Мини-ассистент» (MAS). Контрольную группу составили 50 пациентов с лапаротомным способом ушивания прободных язв (ЛТУ). Всем больным выполнялись общеклинические анализы, обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ, ФГДС – по показаниям. При принятии решения о малоинвазивном характере оперативного вмешательства, всем больным выполнялась ФГДС, с целью визуализации размеров язвы и центрации перфоративного отверстия. Хирургическая тактика была направлена на решение следующих вопросов: закрытие перфоративного дефекта, ликвидация проявлений перитонита, минимизация хирургической агрессии. Результаты и обсуждение. Интраоперационное осложнение в виде прорезывания швов при ушивании язвы отмечено в 2 случаях: 1 – при минидоступном ушивании, потребовавшем тампонирования перфоративного отверстия прядью сальника на ножке по Опелю-Поликарпову, 2 – при ушивании язвы ДПК из лапаротомного доступа, так же потребовавшем применения этой методики. Послеоперационное осложнение – поддиафрагмальный абсцесс отмечен в одном случае у пациента перенесшего ушивание язвы ДПК с помощью комплекта «Мини-ассистент», для ликвидации которого использован пункционно-дренажный метод лечения под сонографическим контролем. В группе лапаротомного ушивания отмечено 4 послеоперационных осложнения: в 3 случаях отмечено нагноение послеоперационной раны, в 1 случае – возникла несостоятельность ушитого перфоративного отверстия, потребовавшая релапаротомии, тампонирования дефекта сальником на ножке и интенсивной терапии развившегося перитонита. При лапароскопическом ушивании перфоративных язв осложнений не отмечено. Длительность стационарного лечения у пациентов 1 и 2 групп составила 6 койко-дней, у пациентов 3 группы – 12,1 койко-дней. При анализе полученных

данных отмечено статистически значимое снижение процента послеоперационных осложнений с 8% при использовании лапаротомного доступа до 3,1% при малоинвазивном лечении, а так же статистически значимое снижение сроков общей нетрудоспособности с 44 дней до 19. Малоинвазивные технологии позволяют так же значительно снизить выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде. Выводы. Непосредственные результаты примененных малоинвазивных технологий в ушивании перфоративных язв желудка и ДПК свидетельствуют об их эффективности в ургентной хирургической практике. Выбор метода ушивания перфоративной язвы следует определять, учитывая сроки заболевания, данные ФГДС, УЗИ, техническую оснащенность хирургического стационара и эндохирургическую подготовку специалиста. Все описанные способы хирургических вмешательств могут быть рекомендованы для лечения этой категории больных, как безопасные и эффективные. Обязательным условием эффективности лечения является проведение современной антисекреторной и эрадикационной терапии.

157.РЕЗУЛЬТАТЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕХАНИЧЕСКИХ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ

*Цыганов А.А., Нехаев А.В., Тарасов А.А., Москалева О.Г., Муштенко В.В.,
Николаев Н.В., Шьюркова Л.Е., Пикалов О.В.*

Дмитров (Московская обл.)

ГБУЗ МО "Дмитровская городская больница"

Успех операций на кишечной трубке во многом зависит от метода создания межкишечного соустья. Существует множество вариантов и методов формирования анастомоза, однако до настоящего времени не определены четкие показания к выбору ручного или механического способа формирования анастомоза, что наш взгляд делает эту проблему достаточно актуальной. Мы проанализировали результаты лечения больных с выполненной резекцией различных отделов ободочной и тонкой кишки с формированием межкишечного анастомоза при помощи механических резекционно-сшивающих аппаратов. В своей работе мы использовали стальной многоразовый сшивающий аппарат линейного анастомоза GIA 90 PREMIUM™ и сшивающий аппарат циркулярного анастомоза EEA, корпорации Ковидиен АГ (Covidien AG), ранее известная как Тайко Хелскеа (Tyco Healthcare). Конструкция и работа аппаратов проста и надежна. Сам механизм является многоразовым, сменными являются кассеты. Ширина анастомоза в круговом аппарате от 2,5см до 3,5см. Ширину анастомоза в линейном аппарате можно регулировать при наложении до 6 – 7см. Анастомоз в обоих случаях, двухрядный. По глубине захвата, оба аппарата, прошивают все слои кишечной стенки. За период с 2007 по 2015 годы нами выполнено 454 операций с использованием линейного аппарата. Плановых операций – 153. Экстренных – 301. Резекция тонкой кишки – 152, резекция различных отделов ободочной кишки – 137, гемиколэктомия – 165. Случаев

непосредственных летальных исходов с использованием линейного аппарата не было. Применение циркулярного аппарата, используется, нами, при операциях на прямой кишке и реконструктивно-восстановительных операциях. Всего операций, с применением циркулярного аппарата, выполнено – 50. Операции с использованием циркулярного аппарата распределились следующим образом: передняя резекция при верхнеампулярном раке прямой кишки (от 10см.) – 23, передняя резекция при нижнеампулярном раке прямой кишки (от 6см. до 9см.) – 9, восстановление непрерывности кишечника после операций типа Гартмана – 18. Стадия онкопроцесса при передних резекциях – Т3-4МоNo. В случаях, когда возникают сложности при формировании анастомоза, не уверенность в герметичности шва, тяжелого состояния больного, превентивно мы накладывали в основном в правом мезогастрии илеостому, которая закрывалась через 1,5 – 2 месяца. При высоких резекциях – илеостом не было. При низких резекциях – 7. При восстановительных операциях – 7. Выводы. Применение механических сшивающих аппаратов повышают надежность операции в руках хирургов с разным клиническим опытом, позволяет сократить время операции. Использование данных аппаратов позволяет отказаться от вынужденного наложения колостомы при операции по поводу рака прямой кишки, повысить онкологическую радикальность операции и резектабельность опухолей, улучшает функциональные исходы и отдаленные результаты. Использование данных аппаратов сопровождается снижением частоты осложнений, более легким течением послеоперационного периода, повышением выживаемости в поздние сроки после лечения.

158.ВЫБОР СПОСОБА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

Жуков И.Н., Мутных А.Г., Пронин А.А., Данилин А.А.

Дмитров (Московская обл.)

ГБУЗ МО "Дмитровская городская больница"

Актуальность проблемы. Язвенные гастродуоденальные кровотечения до настоящего времени остаются одной из наиболее сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии. По данным литературы, они составляют приблизительно половину всех кровотечений пищеварительного тракта и сопровождаются высокой летальностью – от 10 до 30%. При этом наиболее высокий процент летальности приходится на пациентов пожилого и старческого возраста. Теории патогенеза язвенной болезни постоянно пересматриваются. Но если вернуться к проблеме язвенной болезни, осложненной кровотечением, на первом плане всегда будут стоять вопросы гемостаза при первичной эзофагогастродуоденоскопии. Несмотря на наличие достаточного арсенала видов, и методов гемостаза, результаты лечения на сегодняшний день далеки от желаемых. Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности различных методов эндоскопического гемостаза в лечении больных с

гастродуоденальными кровотечениями. Материал и методы. С целью изучения клинической эффективности различных способов эндоскопического гемостаза у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии мы проанализировали результат лечения 158 пациентов находившихся в хирургическом отделении ГБУЗ МО «Дмитровская городская больница за период с 2012 по 2016 гг. В соответствии с целью исследования были выделены две группы пациентов. Основная группа - пациенты, в лечении которых использовался комбинированный способ эндогемостаза (n=69). Группа контроля - пациенты, в лечении которых использовался монофакторный способ эндогемостаза (n=89). Результаты и обсуждение. В 46 случаях использовался инъекционный и один из электрохирургических видов эндогемостаза (электро – термо – либо аргоноплазменный способ), в 23 случаях использован инъекционный и аппликационный способы. В качестве аппликаций использован препарат «ГемоБлок», местный гемостатик производимый ООО «Пуль-Сар (Россия) совместно с компанией Menora Laboratories (Израиль). Распределение больных при монофакторном способе гемостаза выглядело следующим образом: инъекционный метод эндоскопического гемостаза – 18 больных, аргоноплазменная коагуляция – 22, термозонд – 23 и электрокоагуляция – 26. В комплекс обследования и оценки состояния пациентов входили: сбор объективных данных, обязательный минимум лабораторных и инструментальных исследований, оценка объема и тяжести кровопотери, визуализации источника кровотечения и его характеристика, объективизация соматического статуса, оценка риска кровотечения. Эндоскопическое исследование выполнялось в отделении эндоскопии или отделении анестезиологии и реанимации, а при крайне тяжелом состоянии пациента в операционной. В стандартной процедуре экстренной эзофагогастродуоденоскопии выделялись следующие этапы: визуализация источника кровотечения, определение состояния гемостаза источника кровотечения (J.A. Forrest 1974), определение показаний и возможности выполнения эндогемостаза. Все пациенты в качестве антисекреторной терапии получали ИПП (омепразол – 80 мг/сутки, внутривенно в течение 3 суток, с последующим переходом на энтеральный путь приема). Выводы. Эффективность комбинированных эндоскопических методов для достижения первичного гемостаза при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии составила 88,2%. Применение комбинированных методов эндогемостаза позволило достоверно снизить хирургическую активность с 28,8% до 11,8%, и летальность с 7,57% до 3,9%, а так же частоту рецидивных кровотечений у пациентов с выполненным первичным эндоскопическим гемостазом.

159.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ - ОПЫТ 300 ОПЕРАЦИЙ.

*Тарасенко С.В.(1,2), Зайцев О.В.(1,2), Ахмедов Ш.И.(1), Кузнецов Ю.Н.(1),
Рахмаев Т.С.(1,2), Баконина И.В.(1,2).*

Рязань

1)ГБУ РО ГК БСМП. 2)РязГМУ им. академика И.П.Павлова

Острый аппендицит является самой распространенной хирургических патологией брюшной полости. Применение лапароскопических технологии в лечении острого аппендицита направлены на улучшения послеоперационных результатов.Нами изучены 300 историй болезни пациентов которым была выполнена лапароскопическая аппендэктомия с 2010 по 2017. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась с использованием трех троакаров. В 284 случаях аппендэктомия выполнялась по поводу флегмонозного аппендицита, в 16 случаях по поводу гангренозного и гангренозно-перфоративного аппендицитов. Обработка брыжейки аппендицита выполнялась монополярной коагуляцией либо интракорпоральным прошиванием. Основание апендицита лигировалась как эндопетлей Редера, так и интракорпоральным узлом. Аппендикс из брюшной полости удалялся либо в контейнере либо через 10 мм троакар. Осложнения: В 1 случае наблюдалось внутрибрюшное кровотечение с брыжейки аппендикса которое потребовало релапароскопии и гемостаза. В 2 случаях наблюдалось нагноение послеоперационной раны. В 12 случаях наблюдался инфильтрат в правой подвздошной области- разрешенный консервативно. Госпитализация пациентов составила 5 дней. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ составила в первые сутки 4 балла, на третьи 1-2 балла. Все больные начинали ходить в первый день операции. Использование лапароскопических технологий в лечении острого аппендицита позволяет повысить качество жизни пациента в послеоперационном периоде, избавить хирурга от «напрасных» аппендэктомий , и говорит о высокой степени медико-социальной эффективности.

**160. ВОСЬМИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ II-IV СТАДИЙ
МЕТОДИКОЙ HAL-RAR В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Верещенко В.А.

Одинцово

ММЦ "Медикал Он Груп-Одинцово"

Актуальность проблемы: геморрой - одно из самых распространенных заболеваний. По данным ВОЗ до 80% взрослого населения мегаполисов страдает этим недугом. Геморроем все чаще болеют люди трудоспособного возраста, что определяет не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему, поскольку геморроидэктомия любым способом не обеспечивает быстрой реабилитации пациента. Это обстоятельство заставляет искать новые методы лечения, которые были бы столь же эффективны и обеспечивали бы скорейшее возвращения пациентов к труду. Одним из таких патогенетически обоснованных методов, на наш взгляд, является HAL-RAR. Цель: оценка пятилетней эффективности лечения геморроя II-IV ст. в амбулаторных условиях (стационар одного дня) с применением методики HAL-RAR в сочетании (по показаниям) с вакуумным латексным лигированием геморроидальных узлов. Материалы и методы: оценивались результаты 520 операций HAL-RAR с декабря 2008 года по декабрь 2016 года ММЦ "Медикал Он Груп-Одинцово". Возраст пациентов варьировал от 21 до 80 лет: мужчин было 390(75%) человек, женщин 130(25%) человек. По стадиям заболевания больные распределились следующим образом: IIст.-41(8%), IIIст.-140(27%), IVст.-339(65%) человек. Оперативное вмешательство выполнялось под спинальной анестезией в условиях операционной с использованием аппарата A.M.I. HAL-Doppler.® (Австрия) с насадкой RAR Flexi Probe для выполнения как доплероориентированной дезартеризации, так и мукопексии и лифтинга слизистой прямой кишки. Средняя продолжительность операции составила 25-30 минут. Через 10-12 часов все пациенты самостоятельно отправлялись домой. Больные наблюдались 1-е, 3-е, 14-е сутки после операции, а также обязательно осматривались через 4 месяца после оперативного вмешательства. Через 4 месяца оценивалась необходимость применения латексного лигирования. Результаты: рецидивов геморроидальной болезни после операции HAL-RAR у больных со II ст. заболевания отмечено не было. У пациентов с III ст. геморроя рецидив отмечен в 7% случаев. У больных из этой группы оперированных по поводу IVст. геморроя рецидив заболевания выявлен в 9%. Все случаи рецидивов было произведено латексное лигирование. Оно применялось при сохранении жалоб на кровомазание при дефекации и чувство инородного тела в анальном канале, что было обусловлено оставшимся избытком геморроидальной ткани. Далее пациенты наблюдались в течении 5 лет с осмотрами 2 раза в год. В группе больных, которым выполнялось латексное лигирование через 4 месяца после операции HAL-RAR, рецидивы отмечены в 4% при III ст. и 6% при IV ст. заболевания. Серьезных осложнений в ходе и после операций не было. Имели место: интраоперационные кровотечения (остановлены наложением дополнительного шва в ходе операции)-16; подслизистые гематомы-14(купированы в ходе консервативного лечения); тромбоз наружных геморроидальных узлов I-IIст.(разрешен консервативно). Находившиеся под наблюдением пациенты после операции HAL-RAR в дополнительных оперативных вмешательствах по поводу геморроидальной болезни не нуждались.

Закключение. Методика оперативного лечения геморроя HAL-RAR эффективна при всех его стадиях, а дополнение HAL-RAR (по показаниям) латексным лигированием геморроидальных узлов при III-IV ст. геморроя, позволяет свести к минимуму рецидивы заболевания. Считаем целесообразным включение данной методики в новые стандарты лечения геморроидальной болезни как стационарозамещающую малоинвазивную и радикальную технологию не уступающую по эффективности геморроидэктомии.

161. МЕТОД НЕИНВАЗИВНОЙ ДООПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ БИОСИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ

Тарасенко С.В., Копейкин А.А., Жучкова У.В.

Рязань

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Актуальность. Дооперационная оценка функциональных резервов печени является неотъемлемой частью лечебно-диагностического алгоритма при планировании операции на печени. Существует множество печеночных функциональных проб (ПФП), применяемых для выявления нарушений функций печени, но большинство из них не являются достаточно чувствительными и специфичными для потребностей гепатобилиарной хирургии. Актуальным вопросом остается оценка функционирования остаточной паренхимы печени для прогнозирования развития жизнеугрожающих осложнений, самым грозным из которых является послеоперационная печеночная недостаточность. Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование. Анализированы результаты обследования и хирургического лечения 46 пациентов с очаговыми образованиями печени, оперированных в ГБУ РО «ГКБСМП» с 2012 – 2017 год, из которых 36,96% (n=17) – мужчины и 63,04% (n=29) – женщины, средний возраст – 54,04±10,45 лет. Пациенты с доброкачественными образованиями печени составили 32,61% (n=15), гистологически верифицированным ХЦР внепеченочных желчных протоков – 23,91% (n=11) и метастазами КРР в печень – 43,48% (n=20). Пациенты с Child-Plug A составили 69,57% (n=32), Child-Plug B – 30,43% (n=14). Результаты исследования. Был разработан и внедрен в клиническую практику функциональный индекс – «индекс резектабельности» (IR), с помощью которого проводилась оценка биосинтетической функции остаточной паренхимы печени. Пациентам, включенным в исследование, обширные резекции были выполнены в 56,52% (n=26), малые резекции составили 43,56%, среди которых атипичные «сегменториентированные» были выполнены в 15,22% (n=7). Объем остаточной паренхимы печени (M+sd) был определен на основании УЗИ и составил 648,158±227,3 см³. Средние величины IR (M+sd) составили 16,9±5,049 гл/см³. Полученные данные имеют нормальное распределение (Шапиро-Уилкс тест, W<0,92, p=0,004). Выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь значений IR

и лабораторно – биохимических показателей, достоверно отражающих биосинтетическую функцию печени (корреляционный анализ по методу Пирсона): альбумин сыворотки крови ($r=-0,7857$), фибриноген ($r=-0,7491$), протромбиновый индекс ($r=-0,7257$). Специфические осложнения выявлены в 23,33% ($n=7$) случаев. Билиарные осложнения развились у 6,52% пациентов. Статистически значимая разница была получена при сравнении осложненного и не осложненного послеоперационного периода со значениями IR более 20 гл/см³ (Пирсон Хи-квадрат, точный двусторонний критерий Фишера, $p = 0,0001$). Тяжелые осложнения при значении IR более 20 гл/см³ выявлены у 5 (10,87%), среднетяжелые у – 3 (6,52 %) пациентов, различие статистически достоверно (точный двусторонний критерий Фишера, $p=0,0015$ и $p=0,024$ соответственно). Обсуждение. Выявленные корреляционные взаимоотношения между ПФП, отражающими биосинтетическую функцию печени, и значениями IR демонстрируют способность данного индекса выявлять нарушение биосинтетической функции печени на этапе дооперационного обследования. Наличие статистически значимой разницы в частоте и тяжести послеоперационных осложнений при значении IR более 20 гл/см³ позволяет судить о прогностической значимости разработанного в ходе исследования неинвазивного метода. Выводы. Неинвазивный функциональный «индекс резектабельности» отражает изменение синтетической функции печени и имеет прогностическую значимость в отношении вероятности развития тяжелых и среднетяжелых послеоперационных осложнений при операциях на печени.

162. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Рыбачков В.В.(1), Таратынова З.В.(1), Смирнов Е.В.(2)

Ярославль

1) ФГБОУ ВО ЯГМУ; 2) ГАУЗ ЯО «Клиническая больница № 9»

Актуальность. В настоящее время частота дивертикулярной болезни, особенно ее осложненных форм, постоянно возрастает. Клинические варианты дивертикулярной болезни многообразны. До сих пор варианты лечения заболевания достаточно сложно прогнозировать. Это накладывает определенный отпечаток на выбор оптимальной хирургической тактики. Изложенные моменты явились отправными для проведения настоящего исследования. Цель. Изучить результаты хирургического лечения различных вариантов осложненного течения дивертикулярной болезни. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 194 больных с дивертикулярной болезнью. Из них женщин было 142 (73,2%), мужчин – 52 (26,8%). Средний возраст пациентов составил $65,1 \pm 1,0$ год. Осложненное течение заболевания отмечено у 115 больных (59,3%). Варианты осложнений были следующие: дивертикулит с парадивертикулярным воспалением у 39 пациентов (20,1%), кровотечения из дивертикулов в 39 (20,1%), перфорация дивертикула и

возникновение стеноза в 37 случаях (19,1%). При дисплазии легкой степени частота осложнений составила 1,6 %, тогда как при дисплазии средней степени тяжести резко возрастает (в 29,6 раза, 47,4%). Специальные исследования показали, что при осложненном течении дивертикулярной болезни уровень внутриспросветного давления снижается на 43,75 %. С осложненным течением дивертикулярной болезни были оперированы 36 больных (31,3 %). Среди осложнений имели место перфорация дивертикула с развитием перитонита (у 26 больных, 72,2%), хронический дивертикулит с формированием стеноза или свища (в 10 случаях, 27,8%). В 80,6% дивертикулы локализовались в левой половине толстой кишки. Варианты оперативного лечения были следующие: резекция дивертикула у 14 больных (38,9%), резекция сигмовидной кишки с анастомозом или с одностольной колостомой - у 16 пациентов (44,4%), левосторонняя гемиколэктомия - в 6 наблюдениях (16,7%).

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что локализация дивертикулов, возраст и пол больных не влияют на течение заболевания. Установлено, что при перфорации дивертикула выполнялись как изолированные резекции дивертикула, так и резекция пораженной части кишки (в 53,9 % и 46,1 % случаях соответственно). Перфорация дивертикула с развитием перитонита в 19 случаях локализовалась в сигмовидной кишке, тогда как в слепой кишке - у 7 пациентов. При локализации перфоративного дивертикула в слепой кишке всегда выполнялась резекция дивертикула, осложнений не отмечено, все больные выздоровели. При перфорации дивертикула сигмовидной кишки были выполнены 7 резекций дивертикула с осложнением в виде несостоятельности, потребовавшей релапаротомии и резекции сигмовидной кишки. В 12 случаях при перфорации дивертикулов в сигмовидной кишке была выполнена резекция сигмовидной кишки. Хронический дивертикулит локализовался только в левой половине толстой кишки. При данном осложнении были выполнены как резекция сигмовидной кишки (у 4 пациентов), так и левосторонняя гемиколэктомия (у 6 больных). Полученные данные свидетельствуют, что при хроническом дивертикулите с развитием стеноза операцией выбора становится левосторонняя гемиколэктомия. Послеоперационная летальность составила 2,8%. Выздоровление у 28 пациентов (77,8%), рецидив отмечен у 7 больных (19,4%) с локализацией дивертикулярной болезни в сигмовидной кишке.

Выводы. Таким образом, показанием к резекции дивертикула следует считать единичный дивертикул слепой кишки. При локализации дивертикулов в сигмовидной кишке при наличии перфорации предпочтительна резекция сигмовидной кишки с выведением одностольной колостомы. При хроническом дивертикулите со стенозом сигмовидной и нижней трети нисходящей кишки операцией выбора может быть левосторонняя гемиколэктомия.

163.ИМПЛАНТАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Мохов Е.М., Сергеев А.Н.

Тверь

ФГБОУ ВО Тверская ГМУ Минздрава России

Целью исследования явилось улучшение результатов абдоминальных операций путем применения во время хирургических вмешательств новых биологически активных шовных материалов (БАШМ). Выполнено проспективное рандомизированное контролируемое исследование течения раннего послеоперационного периода у 654 пациентов с абдоминальной патологией. При выполнении операций использованы новые виды антимикробных шовных материалов («Никант» и «Тверан-ХЦ») и нитей, обладающих комплексной (антимикробной и стимулирующей регенерацию) биологической активностью («Никант-П», и «Тверан-ХЦГ»). В качестве антибактериальных препаратов в состав покрытия нитей «Никант» и «Никант-П» включён доксициклин, а нитей «Тверан-ХЦ» и «Тверан-ХЦГ» – ципрофлоксацин. Покрытие нитей «Никант-П» и «Тверан-ХЦГ» содержит также препарат астрагерм, обладающий способностью стимулировать регенеративные процессы. Разработанные БАШМ применены при хирургическом лечении 539 больных. При этом выделено две основные группы пациентов. В первую основную группу вошли 316 человек, оперированных с использованием нитей, обладающих антимикробной активностью. Вторую основную группу составили 223 пациента, у которых применяли шовные материалы с комплексной биологической активностью. Группа сравнения включала 115 больных, оперированных с помощью нити «Капрон». Пациенты групп сравнения были сопоставимы по половому и возрастному составу, характеру сопутствующей патологии, срочности выполнения операции, основному заболеванию, тяжести состояния и категориям выполненных хирургических вмешательств. Больные получали необходимый курс периоперационной антибиотикопрофилактики. При анализе результатов хирургического лечения учитывали развивающиеся местные послеоперационные осложнения и продолжительность раннего послеоперационного периода. Среди местных осложнений выделяли негнойные и инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ). Общее количество местных послеоперационных осложнений в основных группах было почти в 2 раза меньше, чем в группе сравнения: 10,8–11,5 % против 20,9 %. При этом в первой основной группе разница оказалась статистически достоверной ($p < 0,05$). Уменьшение количества местных осложнений было достигнуто путём достоверного ($p < 0,05$) снижения частоты развития ИОХВ с 14,8 % (в группе сравнения) до 4,0–6,0 % в группах больных, у которых использовали БАШМ. При дальнейшем анализе было выявлено, что использование БАШМ способствует снижению частоты ИОХВ во всех категориях хирургических вмешательств. При выполнении чистых операций вероятность возникновения ИОХВ снизилась с 3,4% в группе сравнения до 1,3% в первой и 1,8% во второй основных группах, после условно-чистых – с 11,8% до 6,5% и 0% соответственно. Достоверное снижение ($p < 0,05$) развития ИОХВ в основных группах по сравнению с контролем наблюдалось в случае выполнения контаминированных (с 17,1% до 5,9% и 4,4% соответственно) и грязных операций (с 23,5% до 7,7% и 9,7% соответственно). При анализе продолжительности раннего послеоперационного периода было выявлено

достоверное ($p < 0,001$) по сравнению с группой сравнения сокращение последнего в основных группах в среднем на 2,6 суток: с $12,1 \pm 0,6$ до $9,6 \pm 0,3$ и $9,2 \pm 0,3$ суток соответственно. Таким образом, использование новых БАШМ для выполнения операций у пациентов с абдоминальной патологией способствует снижению частоты развития ИОХВ и сокращению продолжительности раннего послеоперационного периода. Применение БАШМ показано при выполнении операций, сопровождающихся высоким риском микробного обсеменения затронутых во время вмешательства тканей.

164. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Рахмаев Т.С., Афтаев В.Б., Баконина И.В.,
Брянцев Е.М., Слободенюк В.П., Куликова И.В.*

Рязань

ГБУ РО "ГКБСМП"

Актуальность: Частота желчнокаменной болезни (ЖКБ) среди населения развитых стран составляет 7-13% и, примерно, у 15-21% больных она осложняется холедохолитиазом. Вопросы возможности применения лапароскопического доступа в лечении холедохолитиаза до сих пор остаются предметом дискуссии у хирургов. Цель работы: улучшение результатов лечения ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и/или стриктурой терминального отдела холедоха, путем применения лапароскопического доступа. Материал и методы: с 2012 по 2017 год в ГБУ РО «ГКБСМП» из лапароскопического доступа оперированы 44 пациента с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и/или стриктурой терминального отдела холедоха. Средний возраст $58,1 \pm 17,4$ года. У 7 пациентов в анамнезе были операции на верхнем этаже брюшной полости – у 4 холецистэктомия, у 3 – резекция желудка. Всем пациентам на первом этапе лечения проводилась попытка выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и литоэкстракции, оказавшаяся безуспешной. Причинами неудачной попытки транслюминального эндоскопического лечения осложненной ЖКБ явились: У 14 пациентов – крупные твердые конкременты с невозможностью их захвата эндокорзиной или с невозможностью выполнить папиллосфинктеротомию (ПСТ) требуемой длины. В 11 случаях ПСТ была невыполнима из-за парафатериального дивертикула. В 3 наблюдениях – вследствие резекции желудка по Бильрот-II в анамнезе. В остальных 16 случаях ЭРХПГ была невозможна по причине различных индивидуальных особенностей анатомических соотношений двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка (БДС). 40 пациентов были оперированы в отсроченном порядке, с явлениями стихающего холецистита и разрешающейся желтухи. В 4 случаях пациенты оперированы срочно, на фоне механической желтухи и холангита. Степень операционного риска (по ASA): I степень – 11 пациентов, II – 24, III – 7, IV – 2 пациента. Использовали стандартную «американскую» технику

расположения троакаров. Пациенты разделены на 3 группы, в которых был использован различный лечебно-диагностический алгоритм: 1 группа: 19 пациентов, у которых в предоперационном периоде диагностирован холедохолитиаз, но отсутствовали признаки стриктуры терминального отдела холедоха, либо она была устранена путем эндоскопической ПСТ. Выполнялась супрадуоденальная холедохотомия с холедохоскопией и литоэкстракцией. 2 группа: 11 пациентов, которым с целью устранения стриктуры терминального отдела холедоха проводилась антеградная ПСТ по методике «rendez vous», как в сочетании с холедохоскопией и литоэкстракцией, так и без таковой. Холедохолитотомия в 1 и 2 группах завершалась «глухим» эндошвом холедоха, если тонус БДС был устранен при предоперационной эндоскопической ПСТ или при интраоперационной антеградной ПСТ, в противном случае, дополнительно проводилось наружное дренирование холедоха по Холстеду. 3 группа: 14 пациентов со стриктурами терминального отдела холедоха, у которых, с целью лик-видации нарушения оттока желчи, холедохолитотомия завершалась наложением супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза (ХДА). Результаты и их обсуждение: Ни в одной из групп не потребовалось конверсии на открытый доступ. Во всех группах пациентов отмечались единичные случаи умеренного желчеистечения по дренажам брюшной полости, которое спонтанно прекратилось ко 2-5 суткам послеоперационного периода. В 3 группе пациентов наблюдалось два осложнения: Несостоятельность эндошва ХДА с диффузным желчным перитонитом, потребовавшая релапароскопии и ушивания несостоятельности. Подпеченочный абсцесс, потребовавший чрескожного наружного дренирования под контролем УЗА. Выводы: Лапароскопический доступ в сочетании с интраоперационной холедохоскопией показал высокую эффективность в хирургическом лечении холедохолитиаза. Интраоперационное восстановление проходимости желчевыводящих из лапароскопического доступа у пациентов со стриктурой терминального отдела холедоха при помощи антеградной ПСТ сопровождается меньшим числом осложнений в сравнении с наложением ХДА.

165.К ВОПРОСУ ИММУНОМОДУЛЯЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кисляков В.А.(1), Юсупов И.А.(2).

Москва, Астрахань

1) ГБУЗ ГKB №20 ДЗМ им. А.К. Ерамишанцева, 2) АГМУ

Актуальность: По литературным данным, рецидивы деструктивных поражений после выполненных органосохраняющих операций на стопе составляют от 64 до 86,%, высокие ампутации выполняются до 91,7% и сопровождаются высокой летальностью. Ранее, мы провели исследования, которые показали отсутствие адекватного включения системы цитокинов в регуляцию воспалительного процесса при рецидивах деструктивных поражений

стоп у пациентов с сахарным диабетом. С целью иммуномодуляции применяли отечественный препарат полиоксидоний. Цель работы: изучить иммуностропное действие полиоксидония при рецидивах (РДПСДС). Материал и методы: Концентрацию цитокинов в сыворотке крови определяли на иммунологическом комплексе Stat-Fax 2100 с помощью иммуноферментных тест-систем в соответствии с инструкцией фирмы-производителя. Математическую обработку полученных результатов выполняли на компьютере с помощью программы "STATISTICA 6.0. Забор плазмы выполнялся в первые сутки до операции, затем на 3, 5, 7, 11 сутки 25 день. В группу исследования вошли 40 человек. С нейропатической формой (НПСДС) - 20 больных: 8 мужчин и 12 женщин и нейроишемической формой (НИСДС) - 20 пациентов: 7 мужчин и 13 женщин, в возрасте от 50 до 75 лет. В анамнезе РДПСДС от 2 до 4 раз. Длительность СД от 3 до 20 лет. В группу сравнения вошли 35 пациентов в возрасте от 45 до 74 лет. С НПСДС - 15 человек: 5 мужчин и 10 женщин и с НПСДС - 20 пациентов: 7 мужчин и 13 женщин. Алгоритм оперативного и консервативного лечения был направлен на сохранение опорной функции стопы или снижения уровня ампутации. Полиоксидоний применялся с первых суток госпитализации, до операции по 6 мг №10 по схеме: внутривенно через день №3 и затем внутримышечно через день №7. Результаты и обсуждение: При сравнении, увеличилось число сберегающих операций: некрэктомий – 18, секвестрэктомий - 11, ампутаций на уровне пальцев – 10, ампутаций на уровне стопы – 15. Причем количество высоких ампутаций составило: на уровне бедра – 19, на уровне голени- 1. Количество высоких ампутаций снизилось на 2. Иммуномодулирующий эффект полиоксидония проявился в индуцировании как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов. ИЛ-1b: высокая концентрация цитокина в первые сутки после операции до $64,59 \pm 3,3$ пг/мл с ростом до $95,27 \pm 2,2$ к пятым суткам и снижением нормы - $20 \pm 1,8$ пг/мл ко дню выписки. ИЛ-2: концентрация цитокина выше нормы в первые сутки после операции до $1,2 \pm 0,3$ пг/мл, с ростом к третьим суткам $1,7 \pm 0,13$ пг/мл и снижением до нормы и до 0 к 25 дню. ИЛ-4: концентрации в пределах нормы. Лишь в одном случае было повышение до 76 пг/мл у пациента с развившейся в после-операционном периоде дерматитом на оперированной конечности. ИЛ-6: высокая концентрация цитокина в первые сутки после операции до $228,92 \pm 5,1$ пг/мл с плавным снижением до нормы ко дню выписки. ИЛ – 8: высокая концентрация цитокина в первые сутки после операции до $181,14 \pm 4,1$ пг/мл с ростом к пятым суткам до $245,47 \pm 5,9$ пг/мл и снижением ко дню выписки до $53 \pm 1,1$ пг/мл. ИЛ -10: колебания в пределах от $105,1 \pm 0,14$ пг/мл на третьи сутки со снижением уровня до $10,4 \pm 0,14$ пг/мл при клиническом купировании воспаления. ФНО - α оказывает множественное действие на разные типы клеток благодаря модуляции экспрессии генов ростовых факторов, цитокинов, факторов транскрипции, рецепторов клеточной поверхности и острофазовых белков и играет важную роль в защите против инфекции. Рост к третьим суткам после операции до $150,6 \pm 5,3$ пг/мл, показывает высокую активность и включение в процесс иммуномодуляции. ИНФ- γ : высокая концентрация в первые сутки до $194 \pm 3,4$ пг/мл и ростом к третьим суткам до $205,9 \pm 6,5$ пг/мл и снижением до $5,39 \pm 0,3$ пг/мл- показывает его иммуномодулирующее значение и участие в регуляции противовоспалительного ответа. Выявлена корреляция состояния системы цитокинов с местным процессом на стопе и скоординированный иммунный ответ. Заключение: Использование полиоксидония позволяет считать его физиологически активным соединением с выраженной иммуномоделирующей активностью, эффективной в условиях вторичного иммунодефицита при РДПСДС, позволяющей выполнять

органосберегающие лечение при рецидивах деструктивных поражений синдрома диабетической стопы.

166.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИМФОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Эгамов Ю.С., Эгамов Б.Ю.

Андижан. Узбекистан

Андижанский Государственный медицинский институт

Одним из основных способов детоксикации организма при высокой интоксикации является гемосорбция, плазмоферез, дренирование грудного лимфатического протока и проведение лимфосорбции. Показанием к дренированию главного лимфатического протока является малая эффективность детоксикационной терапии и быстрое нарастание эндотоксикоза, а также непереносимость экстракорпоральных способов очистки крови или развитие геморрагического синдрома. Нами был применен новый сорбент косточковый активированный уголь (КАУ) в комплексном лечении и детоксикации организма при остром разлитом гнойном перитоните. Сорбент представляет собой макропористый активированный уголь кусковой грануляции, подвергнутый кислотно-основной деминерализации, депирогенизации, ионной балансировке и тщательной стерилизации. Нами у 14 больных острым перитонитом произведено дренирование грудного лимфатического протока и сбор лимфы с последующей лимфосорбцией с применением КАУ. В результате проведения лимфосорбции у больных снизилась интоксикация, улучшились показатели периферической крови, нормализовалась температура тела, стабилизировалась функции сердечно-судистой системы. Эффективность проведенной лимфосорбции нами контролировалась определением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), и паромециального теста, а также по улучшению общего состояния больных. У этих больных, с острым разлитым перитонитом на разных стадиях заболевания, проводилось один раз в день в общей сложности от 2 до 4 сеансов для каждого больного. После проведения лимфосорбции отмечено достоверное снижение интоксикации организма. В результате, у большинства больных зарегистрирована высокая эффективность дезоксидации организма. После проведения лимфосорбции лимфу обратно переливали больным внутривенно. В результате исследования было отмечено улучшение общего состояния больных, и локального статуса, нормализация показателей лейкоцитов, температуры тела, снижение интоксикации организма. Достоверное сокращение срока лечения в стационаре, уменьшение осложнения и летальности заболевания по сравнению с контрольной группой больных.

167. МОНИТОРИНГ УРОВНЯ С – РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА

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

Симферополь

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

Актуальность проблемы. Несмотря на значительные достижения последних лет в диагностике и лечении хронической венозной недостаточности (ХВН), частота развития венозных трофических язв (ТЯ) не имеет достоверной тенденции к снижению. Совершенно очевидно, что необходима разработка новых методов их комплексного лечения. В тоже время для оценки эффективности лечебных мероприятий на определенных стадиях заживления ТЯ принципиальное значение имеет объективная оценка достоверных молекулярных и клеточных компонентов репаративных процессов. Одним из таких маркеров традиционно считают С - реактивный белок (СРБ). Цель работы: оптимизация результатов лечения больных с венозными ТЯ посредством включения в комплексное лечение энтеросорбции и орота магния с мониторингом ее эффективности динамикой уровней СРБ. Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и комплексного лечения 72 пациентов с ХВН С6 класса по СЕАР, находившихся на лечении в клиниках г. Симферополя с 2012 по 2016 гг. Все больные составили 2 группы, у которых для местного лечения применяли антибактериальные водорастворимые мази, которые дополняли компрессионной терапией и флеботониками. I группу составили 52 пациента, у которых дополнительно в комплексном лечении ТЯ применялись оротат магния и энтеросорбция (Патенты Украины №89297 и №112033). II группу, составили 20 больных, не получавших предлагаемую терапию. В обеих группах преобладали женщины – 42 (58,33%). Причиной развития ХВН у 47 (65,28%) пациентов была варикозная болезнь, а у 25 (34,72%) - посттромбофлебетическая болезнь. Эффективность проводимого лечения оценивали по клиническим параметрам: срокам очищения язв, появлением грануляций, эпителизации. Содержание СРБ в сыворотке крови больных определяли “сэндвич”- вариантом тИФА с использованием биотин-стрептавидиновой системы усиления сигнала. Материалом для биохимических исследований служила сыворотка крови 44 больных обеих групп: 24 первой и 20 второй, полученная при поступлении, через 7 и 14 суток от начала лечения. Контролем служила группа практически здоровых лиц (14 чел.). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью стандартных процедур, общепринятых на сегодняшний день. Результаты и обсуждение. В результате применения предложенного комплексного лечения показатели клинической эффективности существенно улучшились в I группе, где быстрее происходило купирование воспалительных явлений и очищение раны. Наступление же грануляционной фазы раневого процесса было в среднем на 2,78 суток быстрее, чем во II группе. Аналогичные тенденции наблюдались и в дальнейшем. Так, средние сроки появления грануляций и начала эпителизации в I группе были меньше контрольных II группы на 4,68 и 4,14 суток соответственно. Эти тенденции позволили уменьшить средний койко-день у больных I группы на 4,86 суток по сравнению со II. Также установлено, что начальный фон уровня СРБ был значительно повышен во всех группах по отношению к контролю. У больных с ХВН он

превышал контрольные показатели более чем в 14 раз ($11,84 \pm 1,06$ против $0,82 \pm 0,09$). В процессе лечения отмечено снижение уровней СРБ также во всех группах. На 7 сутки у больных I группы отмечено снижение уровней СРБ по отношению к начальному фоновому на 33% ($11,37 \pm 0,97$ против $7,59 \pm 0,68$). В тоже время у больных II группы это снижение носило менее выраженный характер - на 27% ($11,84 \pm 1,06$ против $8,63 \pm 0,82$). Аналогичные тенденции наблюдались и на 14 сутки. У больных I группы отмечено снижение уровней СРБ по отношению к начальному фоновому на 66% ($11,37 \pm 0,97$ против $3,84 \pm 0,38$). А у больных II группы это снижение носило менее выраженный характер - около 46% ($11,84 \pm 1,06$ против $6,39 \pm 0,49$). Выводы. Применение предложенной комплексной терапии ТЯ при ХВН позволяет ускорить процессы репарации и сократить сроки лечения. Определение динамики уровня СРБ может быть достоверным маркером репаративных процессов при ТЯ венозного генеза и применяться как прогностический критерий эффективности их лечения.

168. НЕНАТЯЖНАЯ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Яровенко Г.В., Быстров С.А.

Самара

СамГМУ

Одной из актуальных проблем современной хирургии является лечение больных с ущемленными грыжами. По данным общества герниологов России, 10-16% всех операций, выполняемых в общехирургических отделениях, составляют грыжесечения. У 3% взрослого населения выполняют операции по поводу паховых грыж. В настоящее время специализированные герниологические центры сообщают о частоте рецидивов 1,5%, а в неспециализированных отделениях до 20%. Низкая эффективность многочисленных аутопластических методов, используемых при грыжесечениях - частая инвалидизация больных, продолжительные сроки госпитализации, высокий процент рецидивов (до 42%), обуславливают необходимость поиска новых способов герниопластики в ургентной хирургии. В настоящее время основным принципом хирургического вмешательства стало выполнение герниопластики без натяжения тканей. Практическое внедрение этого принципа стало возможно, благодаря появлению качественных синтетических материалов, отличающихся ареактивностью и биосовместимостью, а также механической прочностью и инертностью. При сшивании тканей без натяжения: сохраняется нормальная микроциркуляция в адаптированных тканях, благодаря отсутствию сквозных швов и сосудистого спазма. Существенно уменьшается нагрузка на швы, что определяет продолжительность их фиксирующей роли. Формируется брюшная полость такого объема, который необходим для размещения внутренних органов без компрессии диафрагмы. Цель. Обосновать эффективность применения ненатяжных методик аллогерниопластики в лечении больных с

ущемленными грыжами. Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии с 2012 г. проанализированы результаты лечения 118 больных с ущемленными грыжами, которым выполнялась аллогерниопластика, 26 больных были с рецидивными грыжами. Возраст пациентов составил от 23 до 80 лет. В анализируемой группе было 76 (64,4%) мужчин и 42 (35,6%) женщин. У 25 (21,2%) пациентов имелась различная сопутствующая патология: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца. Группу сравнения составили 87 больных, оперированных в клинике с применением традиционных методов аутогерниопластики. Всем больным выполнялись общеклинические лабораторные тесты, ультразвуковое исследование передней брюшной стенки, обзорная рентгенография органов брюшной полости. Контроль за состоянием аллотрансплантата в послеоперационном периоде осуществляли с помощью компьютерной термографии. Результаты и обсуждения. У 51 больного с ущемленными паховыми грыжами применяли методику Лихтенштейна. При вентральных грыжах 16 пациентам применялся комбинированный способ (ненатяжная аутогерниопластика и аллопластика), 15 больным проводилась фиксация аллотрансплантата «inlay», 15 «sublay» и 21 «onlay». При пупочных грыжах выполнялась аллопластика с надапоневротическим расположением трансплантата. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 8 (6,7%) больных основной группы и у 9 (10,3%) больных из группы сравнения. Рецидив заболевания выявлен у 15 больных (17,2%) из группы сравнения, у больных основной группы при наблюдении в течение двух лет рецидивов не выявлено. Использование компьютерной термографии в раннем послеоперационном периоде у всех больных основной группы выявило стойкий очаг гипертермии до $38,9 \pm 1,2^{\circ}\text{C}$, соответствующий площади аллотрансплантата, что свидетельствует об умеренной воспалительной реакции и хорошей микроциркуляции в зоне оперативного вмешательства. В позднем послеоперационном периоде (через 6 месяцев) термопрофиль зоны операции не отличался от нормальных показателей. Заключение. Ненатяжная аллогерниопластика с использованием полипропиленового эндопротеза с успехом применяется в условиях ургентной хирургии, легче переносится больными и позволяет значительно уменьшить процент рецидивов грыжеобразования.

169.ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Яровенко Г.В., Каторкин С.Е., Мышенцев П.Н.

Самара

СамГМУ

Лечение острых глубоких проксимальных тромбозов нижних конечностей представляет определенные трудности, так как при неправильной тактике, особенно на раннем этапе, возникают осложнения, приводящие к ретромбозам, длительным срокам

нетрудоспособности и инвалидизации пациентов. Стандартная терапия, применение антикоагулянтов прямого и непрямого действия, фибринолитических средств, не всегда оправдана, а в некоторых случаях даже не эффективна. Цель. Обосновать применение антикоагулянтной терапии в лечении острых глубоких венозных тромбозах нижних конечностей различной этиологии. Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 151 пациента, проходивших курс лечения в клинике госпитальной хирургии, который позволил детализировать лечебные мероприятия при острых венозных тромбозах глубоких вен нижних конечностей. Возраст пациентов варьировал от 29 до 78 лет, в анализируемой группе было 98 (64,9%) женщин и 53 (35,1%) мужчин. Нами выделены первичная и вторичная тромбофилия. С первичной тромбофилией лечилось 57 (37,7%) больных, причем 49 пациентов имели изначально типичные расстройства системы свертывания и фибринолиза. Врожденное отсутствие антитромбина «А» зафиксировано у 8 больных. С вторичной тромбофилией пролечено 46 (30,5%) пациентов и 36 (23,8%) больных с синдромом Труссо. Результаты и обсуждение. Наличие у пациентов первичной тромбофилии требовало необходимости применения стандартной антикоагулянтной терапии (прямые антикоагулянты - нефракционированный гепарин, низкомолекулярный гепарин, ривароксабан – селективный прямой ингибитор 10а фактора, дабигатран - прямой ингибитор тромбина и непрямого антикоагулянт варфарин – блокатор синтеза витамина К зависимых 2,7,9 и 10 факторов свертывания крови) в процессе стационарного лечения и по стандартной схеме для амбулаторного лечения прямыми или непрямыми антикоагулянтами для перорального применения. Наиболее эффективным средством для лечения пациентов с врожденным отсутствием антитромбина «А» явилось использование свежезамороженной плазмы. Антикоагулянтная терапия в данном случае не целесообразна. При вторичной тромбофилии первоначальным звеном, приведшим к развитию тромбоза, было нарушение иммуногенеза. В данном случае изменение состояния свертывания и фибринолиза носит вторичный характер. Лечение начинали с иммунокоррекции, применяли методы детоксикации (дискретный плазмаферез, АУФОК), затем по показаниям, включали антикоагулянты прямого действия (низкомолекулярный гепарин) и препараты, улучшающие реологические свойства крови (пентоксифиллин, курантил, вазопростан, плавикс). Для пациентов с синдромом Труссо, острый глубокий венозный тромбоз нижних конечностей был первым проявлением онкологического процесса различной локализации. Проводилось лечение основного заболевания на фоне стандартной антикоагулянтной терапии с применением методов иммунокоррекции, как в дооперационном, так и послеоперационном периодах. У 12 (7,9%) больных диагностировано экстравазальное сдавление подвздошных вен без тромботической окклюзии. Хирургическая коррекция была направлена на ликвидацию внесосудистой патологии, что приводило к регрессу отека. При невозможности радикальной операции и сохранении периферического отека профилактически использовались низкомолекулярные гепарины (фраксипарин, фрагмин, клексан), в результате применения которых минимален риск кровотечения. Заключение. Таким образом, разноплановый, патогенетически выдержанный подход к лечению острых глубоких венозных тромбозов позволяет в дальнейшем избежать осложнений и значительно улучшить реабилитацию пациентов.

170. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ УЩЕМЛЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Столяров С.И. (1), Маммаев М.К. (2)

Чебоксары, Махачкала

- 1) БУ «Республиканская клиническая больница»,
- 2) РМЦ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов»

Актуальность. Ущемленные посттравматические диафрагмальные грыжи (УПТДГ) сравнительно редко встречаются в клинической практике. Они характеризуются сложностью диагностики и значительным количеством диагностических ошибок, обусловленных отсутствием у врачей настороженности в отношении данной патологии. Также УПТДГ отличаются большим разнообразием клинических проявлений, симулирующих различные острые хирургические заболевания органов брюшной полости и грудной клетки, которые проявляются обычно после длительного бессимптомного периода. Диагностические ошибки приводят к возникновению тяжелых осложнений (кишечной непроходимости, гангрены полых органов), а также летальному исходу. Приводим клиническое наблюдение поздно диагностированной УПТДГ. Пациентка В., 52 лет поступила в хирургическое отделение ЦРБ 07.30 20.03.2003 г. с жалобами на боли в животе сжимающего характера, тошноту, рвоту. Боли появились около 20 часов назад. Состояние средней тяжести. Кожа бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 78 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Температура тела 37,7 град. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот обычной формы, симметричный, болезнен в эпигастрии при глубокой пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Стула не было 2 дня. Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено. Анализы крови от 20.03.2003: Эр. $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв 105 г/л, Л $4,4 \times 10^9/л$, э 1%, п 6%, С 60%, Мон. 5%, Лф 28%, СОЭ 15 мм/ч. Билирубин 16 мкмоль/л. Мочевина 7,7 ммоль/л. Креатинин 120 мкмоль/л. Альфа амилаза 58 е/л. УЗИ органов брюшной полости от 20.03.2003: Заключение: УЗИ признаки патологии печени, желчного пузыря, почек не обнаружены. Исключить панкреатит, сахарный диабет, патологию кишечника. Выставлен предварительный диагноз: Острый панкреатит. Назначена консервативная терапия (голод, инфузии в объеме до 3000 мл, антибактериальная и спазмолитическая терапия, 5-фторурацил). На фоне лечения 26.03.2003 состояние улучшилось, уменьшились боли в животе, был стул. 26.03.2003 произведена обзорная рентгенография органов брюшной полости стоя, свободного газа и уровней жидкости не обнаружено. 27.03.2003 после инфузионной терапии появились чувство нехватки воздуха, одышка, слабость. Пульс слабого наполнения 80 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. ЧД 24 в минуту. Живот незначительно болезненный в эпигастрии. Назначены преднизолон 60 мг на физрастворе в/в, мезатон 0,5 мл. 28.03.2003 консультирована кардиологом. Жалобы на чувство нехватки воздуха, слабость. Состояние тяжелое. Кожа бледная. Дыхание слева резко ослаблено. ЧСС 100 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, болезнен в левом подреберье. По ЭКГ кардиальной патологии не обнаружено. Рекомендована рентгенография органов грудной клетки. 28.03.2003 состояние больной ухудшилось. Жалобы на боли в животе, грудной клетке слева, нехватку воздуха, слабость. Слева дыхание резко ослаблено, перкуторно притупление ниже 6 ребра. Живот мягкий, болезненный в верхних отделах. На рентгенограмме ОГК от 28.03.2003 левое легкое коллабировано, средостение смещено

вправо, уровень жидкости в левой плевральной полости ниже 5 ребра. При плевральной пункции в 7 межреберье слева эвакуировано 1200 мл темно-коричневой жидкости. Произведено дренирование левой плевральной полости по Бюлау в 7 межреберье по задней аксиллярной линии, пациентка переведена в реанимационное отделение. В процессе интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения состояние оставалось тяжелым, по дренажу из плевральной полости эвакуировалась темно-коричневая жидкость с зловонным запахом до 700 мл в сутки. 31.03.2003 по линии санитарной авиации вызван на консультацию торакальный хирург с диагнозом левосторонняя эмпиема плевры с бронхиальным свищом, септическое состояние. При повторном сборе анамнеза выяснено, что у пациентки 5 лет назад имела травма грудной клетки с переломами ребер слева (упала с велосипеда). Выделения из левой плевральной полости напоминают кишечное содержимое. Заподозрена ущемленная диафрагмальная грыжа. 31.03.2003 в 23.50 пациентка взята на операцию. Произведена боковая торакотомия слева в 7 межреберье. Мягкие ткани грудной стенки имбибированы жидкостью с кишечным запахом. В плевральной полости небольшое количество жидкости с кишечным запахом. В области бокового синуса обнаружен плотный конгломерат размером 15x8x10 см, спаянный с диафрагмой и нижней долей легкого. Спайки тупо разделены, обнаружен дефект левого купола диафрагмы размером 5x6 см, конгломерат освобожден от краев диафрагмы. Некротизированный участок толстой кишки резецирован, после перевязки отводящий и приводящий отделы низведены в брюшную полость. Дефект диафрагмы ушит капроновыми швами. Произведена ранняя декорткация легкого. Плевральная полость промыта антисептиками. Иссечены некротизированные ткани в области торакотомной раны. Плевральная полость дренирована в 3,7,8 межреберьях. Произведена верхне-срединная лапаротомия. Участок толстой кишки ниже селезеночного угла прошит 3 рядными капроновыми швами. Приводящий отдел толстой кишки выведен на переднюю брюшную стенку в правом подреберье. Брюшная полость дренирована в подреберьях и подвздошных областях полихлорвиниловыми дренажами. Послеоперационный диагноз: Посттравматическая левосторонняя толстокишечная ущемленная грыжа с некрозом кишки. Острая левосторонняя эмпиема плевры, начинающаяся флегмона левой половины грудной стенки. Сепсис. Послеоперационный период тяжелый. Имелось инфицирование торакотомной раны, развитие флегмоны грудной стенки, эмпиема плевры. Заживление торакотомной раны вторичным натяжением. Пациентка выписана 30.10.2003 г. Ей проведено 214 койко-дней. Реконструктивная операция по закрытию колостомы произведена через 6 месяцев. Приведенный клинический случай, на наш взгляд, представляет интерес как демонстрация сложности диагностики ущемленных посттравматических диафрагмальных грыж, возможности их формирования через значительный промежуток после получения торакальной травмы и опасности развития тяжелых осложнений при транслокации органов брюшной полости в плевральную полость с последующим ущемлением.

171.ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ПРОБОДАЮЩИХ ВЕН

Каторкин С.Е., Мельников М.А., Кравцов П.Ф., Жуков А.А., Репин А.А., Кушнарчук М.Ю.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ»

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей, развивающаяся на фоне посттромбофлебитической болезни, является одной из актуальных и сложных проблем, медицинская и социальная значимость которой связана с высоким уровнем инвалидизации больных, а также значительными затратами на их лечение. Более 1 % взрослого населения экономически развитых стран мира имеют декомпенсированные формы ХВН, в том числе трофические язвы. В 20 % наблюдений язвы не заживают и многократно рецидивируют. Развитие современной хирургии связано с внедрением в различных её областях миниинвазивных хирургических технологий. Разработка эндоскопических вмешательств в хирургии вен открыла новые перспективы в лечении ХВН, в том числе осложнённой трофическими расстройствами. Эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен, рассматриваемой многими авторами как эндоскопический аналог операции Линтона, свойственны низкая травматичность, меньшее число гнойно-некротических осложнений, меньшие сроки госпитализации и реабилитации, хороший косметический эффект. Целью настоящего исследования является оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных посттромботической болезнью нижних конечностей С4-С6 класса. Стандартными методами обнаружения несостоятельных прободающих вен на голени у больных посттромботической болезнью нижних конечностей являются цветное доплеровское картирование (ЦДК) и флебографическое исследование. Из-за выраженного компартмент-синдрома флебографию не всегда удается выполнить. Поэтому маркировка несостоятельных прободающих вен проводилась при ЦДК. За 12 лет в отделении сосудистой хирургии Клиник СамГМУ оперировано 150 человек с использованием эндоскопического оборудования. Количество несостоятельных прободающих вен, обработанных за одну операцию варьировало от 2 до 4, диаметр их был в среднем 0,8 – 1,2 см. Из всего количества пациентов 34 человека были с открытыми трофическими язвами, при площади трофической язвы более 5 см² применялась кожная пластика. В среднем пациенты после операции находились в отделении 11-14 дней. Всем пациентам 1 раз в год проводилось ЦДК вен нижних конечностей с оценкой сброса крови по прободающим венам и оценивалось прогрессирование трофических расстройств кожного покрова. В среднем появление нового перфорантного сброса на голени наблюдалось через 1,5 года после первой эндоскопической диссекции прободающих вен и требовалось повторное хирургическое вмешательство. Трофические язвы рецидивировали в среднем через 1,5 года у 35 % пациентов. Таким образом, хирургическое лечение пациентов посттромботической болезнью нижних конечностей с применением эндоскопической диссекции прободающих вен может применяться неоднократно. В среднем, пациенты с несостоятельными прободающими венами были оперированы 1 раз в 1,5-2 года. У трети пациентов трофические язвы рецидивировали, что обусловлено выраженным компартмент-синдромом в нижней трети голени и нарушением трофики тканей.

172. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОДУЛОВЕНОЗНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Самара

ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава РФ

Проблема лечения пациентов с венозными трофическими язвами, несмотря на многовековую историю, не утрачивает свою актуальность и в 21 веке. В настоящий момент хирургические методы лечения, несомненно, играют основную роль в решении данного вопроса. Общеизвестна эффективность оперативной коррекции вертикального и горизонтально рефлюксов венозной крови. В то же время коррекции вторичной лимфедемы, развивающейся вследствие изменений на микроциркуляторном уровне при декомпенсированной венозной недостаточности, уделяется недостаточно внимания. Целью нашей работы стало изучение эффективности лимфодрулирующих операций в комплексном лечении пациентов с венозными трофическими язвами. В исследовании приняло участие 34 пациента в возрасте от 34 до 67 лет с варикозной болезнью нижних конечностей (CEAP C6). Из них мужчин было 12, женщин – 22. Площадь трофических язв составила от 3 см² до 50 см². Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы по 17 человек – контрольную и основную. Всем пациентам был выполнен короткий стриппинг и обработка несостоятельным перфорантных вен, в том числе и с использованием эндоскопических методик. В случае, если площадь трофического дефекта превышала 5 см² применялись методики аутодерматопластики. В основной группе оперативное пособие дополнялось формированием лимфонодуловонозных соустьев по типу "конец в бок" и "бок в бок". Оценка эффективности лечения осуществлялась по контролю за раневым процессом в области трофической язвы, изменению времени пробы Мак-Клюра и Олдрича по сравнению с дооперационным периодом. Для оценки качества жизни пациентов нами использовался международный опросник CIVIQ. Анкетирование проводилось в дооперационном периоде и через 3 месяца после операции. В послеоперационном периоде у пациентов контрольной группы определялась 3 фаза раневого процесса на 7-9 сутки, в основной группе – на 5-7. Замедление пробы Мак-Клюра и Олдрича на 5 сутки в основной группе на 47,2% превосходило соответствующий показатель контрольной группы. Оценка качества жизни пациентов через 3 месяца после операции выявила улучшение качества жизни пациентов контрольной и основной групп на 8,9% и 21,5% соответственно. В целом, хороших и удовлетворительных результатов лечения удалось достигнуть у 9 пациентов основной и 15 пациентов контрольной группы. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют об эффективности методов коррекции лимфооттока при оперативном лечении больных с венозными трофическими язвами и позволяют рекомендовать к применению создание лимфонодуловонозных соустьев у данной категории пациентов.

173. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗАЩИТЫ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СИГМОВИДНОЙ КИШКЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИТОНИТА

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

Ростов-нв-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ

Актуальность. Разработка новых и совершенствование существующих способов экстраперитонизации источников воспаления представляет собой актуальную задачу абдоминальной хирургии, поскольку эффективность этих способов составляет 69-70%. Материалы и методы. Приведены сравнительные результаты лечения 75 больных с заболеваниями сигмовидной ободочной кишки. В I группу (22 больных) вошли пациенты, у которых способы изоляции не использовались. Во II группу (32 больных) вошли пациенты, у которых применялся способ изоляции толсто-толстокишечного анастомоза сальниковой муфтой, в III группу (21 больной) вошли пациенты, у которых применялся способ изоляции толсто-толстокишечного анастомоза брыжеечной муфтой (Федеральный патент РФ №2086188). Сравнительная оценка результатов хирургического лечения больных первой-третьей групп клинического наблюдения была проведена по течению послеоперационного периода, количеству осложненных случаев, количеству осложнений со стороны толсто-толстокишечного анастомоза, летальности, длительности госпитализации, функциональной и трудовой реабилитации. По возрасту больные распределились следующим образом: от 31 до 40 лет- 13, от 41 до 50 лет-22, от 51 до 60 лет -29, лиц старше 60 лет -11. Соотношение мужчин и женщин составило 52,7% / 47,3% соответственно. Результаты исследования. Определение группы риска несостоятельности и других осложнений со стороны толстокишечного анастомоза проводили в соответствии с индексной шкалой определения показаний к изоляции толстокишечного анастомоза (Федеральный патент №2301627). Способ учитывает возрастную группу пациента, степень выраженности эндогенной интоксикации, определяемую по лейкоцитарному индексу интоксикации, степень снижения общего белка, а также фазу перитонита и характер экссудата. При балльном индексе до 9 баллов изоляцию анастомоза одним из разработанных способов. Если значение балльного индекса превышало 15 баллов, риск осложнений при наложении толстокишечного анастомоза считали высоким, у больных выполняли колостомию. Нами установлено, что использование способов изоляции толсто-толстокишечных анастомозов показано при внутрибрюшных резекциях сигмовидной ободочной кишки у лиц старших возрастных групп, на фоне реактивной фазы серозного перитонита, умеренно сниженном показателе общего белка, эндогенной интоксикации 1 степени и неблагоприятном преморбидном фоне, характеризующемся высокой вероятностью общих соматических осложнений в раннем послеоперационном периоде. Токсическая фаза серозно-фибринозного перитонита, значительное снижение содержания общего белка и более тяжелые состояния являются противопоказанием к применению способов герметизации анастомоза. Операции целесообразно завершать формированием колостомы. Выводы. Изоляция зоны толстокишечного анастомоза от свободной брюшной полости позволяет добиться гладкого течения послеоперационного периода у 84,4% больных с помощью дренирующейся сумки (против 54,5% в контрольной группе больных) и является

патогенетически обоснованной мерой в профилактике послеоперационных перитонитов и борьбе за снижение летальности после операций на сигмовидной ободочной кишке.

174.ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Антонян С.Ж., Ярцев П.А., Гуляев А.А., Лебедев А.Г., Левитский В.Д.

Москва

ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы

Актуальность темы. Острая кишечная непроходимость - наиболее частое осложнение спаечной болезни, встречающееся у 67-93% больных, перенесших операцию на органах брюшной полости. Хирургическое лечение показано у 52,9% больных, поступивших в стационар. Операции из лапаротомного доступа, устраняющие острую кишечную непроходимость, ведут к усугублению спаечного процесса и к не редким рецидивам заболевания, частота которых составляет 76-80%. Сложности выполнения лапароскопии у этих больных требуют исследования и анализа результатов. Материалы и методы: За период 2010-2016 годы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского пролечено 214 больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью. Для выявления особенностей клинического течения заболевания и оценки эффективности консервативного лечения использовался комплекс лучевых методов обследования: полипозиционное рентгенологическое исследование с использованием водорастворимого контрастного вещества, УЗИ органов брюшной полости и радиоизотопный метод. Лапароскопическим доступом был оперирован 41 пациент. У всех в анамнезе была одна операция на органах брюшной полости, выполненная из минилапаротомного доступа по поводу острого аппендицита (9), холецистита (12), ущемленной грыжи передней брюшной стенки (6). У 14 пациентов была операция на органах малого таза по поводу гинекологических заболеваний. Всем больным перед операцией выполнялось УЗИ брюшной полости, для определения подвижности полых органов относительно париетальной брюшины и наличия свободных от спаечного процесса зон. 30 больных оперированы экстренно лапароскопическим доступом в связи с нарастанием явлений кишечной непроходимости. В 11 наблюдениях острая кишечная непроходимость была разрешена консервативно, но приступы кишечной непроходимости в течение последнего года развивались до 6 раз. Больные этой группы оперированы после разрешения острой кишечной непроходимости. Всем больным выполняли лапароскопический адгезиолизис. У 4 больных (10,8%) с острой кишечной непроходимостью наличие перерастянутых петель тонкой кишки потребовало лапароскопической интраоперационной назоинтестинальной интубации. У 4 больных выраженный спаечный процесс в брюшной полости являлся показанием к конверсии после выполнения обзорной лапароскопии. Послеоперационное осложнение отмечено у одного больного (2,5%) в виде послеоперационного пареза кишечника, разрешенного консервативно. Летальных исходов в

исследуемой группе не было. При наблюдении больных, оперированных лапароскопическим доступом, в течении от 1 - 5 лет рецидивов проявлений спаечной болезни не наблюдалось. Заключение. Использование лапароскопии при тонкокишечной непроходимости на фоне спаечной болезни брюшной полости уменьшает травматичность доступа, предотвращает развитие спаечного процесса, сокращает сроки пребывания в стационаре и период реабилитации. При этом применение лапароскопического доступа при спаечной кишечной непроходимости является сложным хирургическим вмешательством, сопряженным с возможностью развития ятрогенных осложнений, что требует строгого отбора пациентов и соблюдения правил безопасности хирургического вмешательства.

175.РЕЛАПАРОТОМИИ «ПО ПРОГРАММЕ» ПРИ ТРЕТИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ

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

Москва

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

Актуальность В последние годы в хирургической практике прочно обосновался термин третичного перитонита, дефиниции которого не вполне конкретны. Принципиальное отличие вторичного перитонита от третичного заключается в том, что клиника вторичного перитонита обусловлена защитной реакцией организма, в то время как третичный перитонит, по мнению большинства авторов, рассматривается, как неспособность защитных сил организма больного сформировать адекватную реакцию на развивающийся инфекционный процесс в брюшной полости. Материал и методы исследования Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 32 больных вторичным распространенным гнойным перитонитом, причиной которого явились острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной полости. Всем больным в качестве первичного вмешательства выполнялась лапаротомия с ликвидацией источника перитонита, формированием лапаростомы и последующими релапаротомиями «по программе». Стратификация и мониторинг больных проводились на основании Мангеймского индекса перитонита (МИП) и шкалы оценки органной недостаточности по SOFA. Результаты лечения больных оценивались по следующим показателям: летальность, средний койко-день и динамика органной недостаточности по шкале SOFA. Далее, построен простой математический ряд в зависимости от сроков закрытия лапаростомы и статистическими методами проанализирована зависимость результатов лечения от сроков закрытия лапаростомы. Полученные результаты При анализе методом ранговой корреляции обнаружен резкий скачок летальности в группе больных, у которых закрытие лапаростомы удалось выполнить только позже 72 часов от момента первичного вмешательства (18 больных), что потребовало проведения неоднократных плановых санаций брюшной полости. Необходимо подчеркнуть, что у всех 8 умерших пациентов этой группы

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

176. ГЕРНИОПЛАСТИКА МЕТОДОМ ТАРР БЕЗ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА.

*Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Ахмедов Ш.И., Копейкин А.А.,
Кузнецов Ю.Н., Рахмаев Т.С., Баконина И.В.*

Рязань

ГБУ РО "ГК БСМП"

Актуальность Имеющиеся данные на сегодняшний день, по мнению большинства хирургов, свидетельствуют о том, что эндовидеохирургические методы лечения паховых грыж ТАРР и ТЕР, патогенетически обоснованы, обеспечивают хороший доступ и визуализацию анатомических структур пахового канала, позволяет произвести герниопластику с

наименьшей травматичностью и наибольшей эффективностью. Материалы и методы с 2011г по 2017г было выполнено всего 234 герниопластики методами ТАПП, из них 180 герниопластик было выполнено с фиксацией сетчатого эндопротеза(1-я группа) и 54 герниопластик пациентам с паховыми грыжами по Nyhus 1-2 ст., методом TAPP без фиксации сетчатого эндопротеза (2-я группа). Краткое описание операции TAPP (без фиксации сетчатого эндопротеза: После наложения карбоксиперитонеума до 14 мм. рт. ст. и установления троакаров выполнялась диссекция преперитонеального пространства с выделением всех элементов пахового промежутка. Следующим этапом устанавливается сетчатый эндопротез в преперитонеальном пространстве размером 15x15см. Завершающим этапом является перитонизацией эндопротеза интракорпоральным швом. После контрольного осмотра брюшной полости и дессуфляции ушивание троакарных ран. Результаты: Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале(ВАШ) впервые сутки в 1-й группе у оперированных методом ТАПП составила от 3 до 8 баллов в среднем 5.4 баллов, а на третьи сутки в этой группе 1-4 баллов. Во 2-й группе у оперированных методом TAPP без фиксации сетчатого эндопротеза выраженность болевого синдрома составила 2 до 5 баллов в среднем 3.9 баллов, на третьи сутки от 1 до 3 баллов. Болевой синдром в первой группе купировался в/м введением кеторола 1.0 до 3-х раз в день и в двух случаях назначались наркотические анальгетики. Во второй группе болевой синдром купировался в/м введением кеторола 1.0 до 3-х раз в день. Рецидивы в обеих группах не наблюдались. В 2-х случаях в первой группе в послеоперационном периоде наблюдалась невралгия послеоперационной области, которая потребовала выполнения новокаиновых блокад и физиопроцедур. В первой группе у 11 пациентов встречались такие осложнения как серома и гематома паховой области, в 3-х случаях выполнялась однократная пункция жидкостного скопления. Во второй группе у 2 пациентов наблюдались осложнения в виде сером, разрешенные консервативно. Выводы: Более выраженный болевой синдром и большее количество осложнений в раннем послеоперационном периоде после эндовидеохирургических герниопластик, в первой группе мы считаем, что связано с фиксацией сетчатого эндопротеза латеральные эпигастральные сосудов и последующей его перитонизацией герниостеплером.

177.ТОТАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

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

Чебоксары

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

Актуальность. Одним из грозных осложнений острой хирургической патологии органов брюшной полости является разлитой фибринозно-гнойный перитонит (РФГП). Летальность при тяжелых формах РФГП составляет 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности

достигает 85-90%. По данным современной литературы, основными факторами патогенеза РФГП являются интоксикация, гиповолемия, нарушение водно-электролитного состояния, эндокринной регуляции, микроциркуляции и функциональная непроходимость кишечника. При прогрессировании РФГП, на фоне стойкого пареза кишечника, патологического внутрисполостного 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 возобновления моторной функции ЖКТ 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 проведению ТДИК являлись: 1. 51 больному по поводу РФГП различного генеза, среди которых следует указать 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 проведенной аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита; у 2 – после операций при спаечной кишечной непроходимости; у 3 больных после ушивания перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; у 3 – после операций на толстой кишке; у 2 - после гинекологических операций; у 3 больных после резекций желудка; у 3 больных после лапаротомий при травмах органов брюшной полости. У 22 больных ТДИТК выполнена во время релапаротомий по поводу послеоперационных осложнений (неразрешившийся перитонит – 8, несостоятельность кишечного шва – 11, межкишечные абсцессы – 3). 16 пациентам релапаротомии выполнены на 3-5 сутки послеоперационного периода, у двоих на 6-9 сутки, у троих на 10-14 сутки. 3 пациентам релапаротомии проведены в более поздние сроки. У 21 больного ТДИТК проведена по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, осложненной РФГП. Причем, у большинства больных РФГП был в токсической или терминальной фазе. У 17 зонд устанавливался антеградно эндоназально до баугиниевой заслонки. В остальных случаях - 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 марганцевокислого калия в количестве 300 мл с помощью шприца Жанэ. Наличие зонда способствовала свободному оттоку токсического содержимого из кишечника. Зонд оставался в кишечнике 7-10 суток. Результаты. 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 по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки осложненного РФГП, проведена релапаротомия на 10 сутки послеоперационного периода. Показаниями к релапаротомии 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.

178. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Дарвин В.В., Лысак М.М., Ильканич А.Я., Краснов Е.А., Бубович Е.В.

Сургут

БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский ГУ, БУ ХМАО-Югры Сургутская ОКБ

Цель исследования: оценить стандартизированный подход к реализации лечебно-диагностического алгоритма у больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью, включающий регламентацию тактических решений и усовершенствование технических и технологических моментов лечения. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 149 больных с острой опухолевой толстокишечной непроходимостью. Длительность анамнеза заболевания: до 12 часов – 10 (6,7%), от 12 до 24 – 29 (19,5%), 24 -72 часа – 66 (44,3%), более 72 часов - 44 (29,5%). В клинической картине преобладал болевой синдром: схваткообразные боли - у 82 пациента (55,0%), постоянные - у 67 (45,0%). Рвоту отметили 97 больных (65,1%), тошноту - 107 (71,8%), затруднения отхождения стула и газов - 106 (71,1%), метеоризм, вздутие живота - 118 (79,2%). Тяжелая преморбидный фон отмечен у 100 (67,1%). Результаты и обсуждение. В основе реализации лечебно-диагностического алгоритма ведения больных с осложнениями заболеваний ободочной кишки лежат Региональные и Национальные клинические рекомендации. Лечебно-диагностический алгоритм условно разделен на три этапа. В анализируемой группе все больные оперированы. Объем оперативных вмешательств: правосторонняя гемиколэктомия (в т.ч. расширенная) – у 23 (15,4%), двустольная илеостомия – у 1 (0,7%), обходной илеотрансверзоанастомоз – у 4 (2,7%), операция типа Гартмана (в объеме – резекция сигмовидной кишки, левосторонняя гемиколэктомия) – у 80 (53,7%), резекция сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом – у 30 (20,1%), резекция поперечно-ободочной кишки с двустольной колостомией – у 7 (4,7%), субтотальная колэктомия – у 4 (2,7%). При этом радикальный характер вмешательства был у 96 (64,4%) больных. При правосторонней гемиколэктомии формировали илеотрансверзоанастомоза «бок в бок»: однорядный шов - у 10, двухрядный - у 4, степлерный

линейный анастомоз – у 8, анастомоз имплантатом с памятью формы - у 1 При выполнении левосторонней гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки у 30 больных (у 23 них при ФКС удалось отмыть проксимальные отделы толстой кишки, а еще у 7 интраоперационная удовлетворительная оценка состояния стенки ободочной кишки, а также дооперационный уровень внутрибрюшного давления не более 10 см вод.ст.) выполнен первичный анастомоз: циркулярным аппаратом «Proximate» – у 18, ручной однорядный по разработанной методике – у 12. У 2 из них дополнительно сформирована илеостома–«призрак» (Ghost ileostomy). Метастатическое поражение печени отмечено у 59 пациентов (39,6%), симультанное вмешательство на печени выполнено у 34 пациентов (сегментэктомия, периопухолева резекция, РЧА метастазов). Операция завершена формированием стомы у 92 оперированных (61,7%), 24 из них в раннем послеоперационном периоде без выписки из стационара (7-10 сут.) произведен восстановительный этап операции. Послеоперационные осложнения отмечены у 20 больных (13,4%): нагноения послеоперационной раны – у 10, параколостомические нагноения – у 6, внутрибрюшные абсцессы – у 3, ограниченная несостоятельность анастомоза - у 1. Длительность пребывания в стационаре 17,2+4,2 койко-дня: при не осложненном течении – 13,0+2,0, при выполнении восстановительной операции в раннем послеоперационном периоде – 18,0+3,2, при осложнениях послеоперационного периода – 38,0+6,8. Умерли в послеоперационном периоде 19 больных (12,8%). Выводы. Реализация стандарта ведения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью позволила увеличить долю радикальных операций до 64,4%, снизить частоту осложнений более чем в 2 раза и в 1,6 раза – летальных исходов и уменьшить долю больных, выписанных с колостомой, до 38,5%. Повышение уровня внутрибрюшного давления более 20 см вод.ст. при поступлении – объективный фактор прогноза неэффективности консервативных мероприятий. При операциях на левой половине толстой кишки по поводу obturational непроходимости выполнение первичного толстокишечного анастомоза – возможное тактическое решение при эффективном стентировании, а также у ограниченной группы больных с возможным дополнением операции формированием илеостома–«призрак». Выполнение ранних восстановительных операций не увеличивает частоту послеоперационных осложнений и позволяет эффективно оптимизировать медицинскую и социальную реабилитацию.

179. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

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

Москва

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

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

Обсуждение выводы и рекомендации. Стратификация больных согласно классификации травмы поджелудочной железы по AAST, основанной на наличии или отсутствии травмы ГПП, позволила существенно оптимизировать маршрутизацию больных с травмой поджелудочной железы и сократить сроки оперативного вмешательства с момента поступления в стационар. В свою очередь, внедрение в клиническую практику МСКТ-ангиографии, ЭРПХГ и, в особенности, МРПХГ, позволило значительно повысить точность диагностики травмы ГПП и улучшить результаты лечения этой группы больных. Этой цели способствовало также применению октреотида в дозировке 600-1200 мг/сутки в зависимости от степени тяжести травмы поджелудочной железы. Вышеизложенное позволяет рекомендовать алгоритм диагностики и лечения, основанный на классификации травмы поджелудочной железы по AAST для оптимизации результатов лечения данной категории больных.

180.ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ

Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Дугарова Р.С.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России
(директор – академик РАН А.Ш. Ревшвили);

Актуальность. Синдром органического гиперинсулинизма (ОГ) обусловлен абсолютным избытком инсулина и, связанной с этим, гипогликемией. Основной причиной ОГ является инсулин-продуцирующая опухоль. Инсулинома может быть как спорадической, так и проявлением синдрома множественных эндокринных неоплазий I типа (МЭН-1). Редко встречается сочетание инсулиномы и незидиобластома. Материал и метод. В Институте хирургии им.А.В.Вишневского с 2011 по 2017 год прооперировано 57 больных ОГ. Умерло 4 больных (7%). Двое после панкреатодуоденальных резекций, выполненных традиционным доступом. Причиной смерти явился послеоперационный панкреонекроз, аррозийное кровотечение. Один пациент после выписки скончался от сопутствующего заболевания. У 4 пациентов обнаружено сочетание инсулиномы и незидиобластома, подтвержденного гистологически. Один из них умер после выписки из-за неконтролируемой гипогликемии, 1 получает медикаментозное лечение, у 2 рецидива ОГ нет. У 5 больных прошел период менее 6 месяцев, необходимый для оценки отдаленных результатов, однако в раннем послеоперационном периоде приступов гипогликемии не было. Отдаленные результаты оценены у 40 пациентов, из них 16 с синдромом МЭН-1, один с незидиобластомой. Открытым способом прооперированы 21 больной (52,5%), робот-ассистированным (РА) – 19 (47,5%). Большую часть больных составили женщины – 32 (80%). Средний возраст - 45,8±17,6 лет. Медиана продолжительности наблюдения после операции - 806 дней [398;1595]. Для оценки качества жизни (КЖ) пациентов использовались опросники SF-36 версии 2 и Gastrointestinal

Symptom Rating Scale (GSRs). Полученные результаты. Рецидив гипогликемического состояния отмечен у 2 больных (5%). У одной больной через год после дистальной резекции, по поводу инсулиномы хвоста поджелудочной железы (ПЖ) в рамках синдрома МЭН-1. Вторая пациентка с сочетанием инсулиномы и незидиобластоза после дистальной резекции ПЖ получает медикаментозную терапию, с положительным эффектом. Находятся под наблюдением у эндокринолога в связи с сахарным диабетом 6 пациентов (15%), 3 из которых выполнена панкреатэктомия в связи с множественным поражением ПЖ, 1 - корпорокаудальная резекция со спленэктомией, пациентам проводится инсулинотерапия, 2 принимают сахароснижающие препараты после РА срединной резекции и энуклеации инсулиномы тела ПЖ. В послеоперационном периоде средний уровень глюкозы натощак составил 4,5 ммоль/л [3,8;5,2], до операции - 1,5 ммоль/л [1,0;2,2]. Средний ИМТ больных до операции равен 30,34 кг/м², после операции - 24,16 кг/м². По результатам гастроэнтерологического опросника GSRs у 7 (17,5%) пациентов имеются симптомы экскреторной недостаточности ПЖ, перенесших панкреатэктомию (3), дистальную резекцию со спленэктомией (1), операцию Томпсона (1), резекцию головки ПЖ (2). Диспептический синдром отмечен у 6 (86%) больных, у 3 (43%) - диарейный синдром, у 2 (29%) - рефлюкс-синдром. Значение по шкале физического функционирования (PF) составляет 80 [72;90], что отражает высокий уровень выполнения физических нагрузок. Шкала ролевого функционирования (RP) – 73 [53;99]. Интенсивность боли низкая (BP) - 73 [52;83]. Общее состояние своего здоровья большинство оценили как выше среднего (GH) - 71 [63;93]. Шкала жизненной активности (VT) – 70 [50;75]. Отмечается высокий уровень социальной активности (SF) – 74 [49;75]. Эмоциональное состояние (RE) – 65 [32;98]. У всех пациентов отсутствует депрессия, тревога по шкале MH – 75 [56;80]. Шкала PHsum и MHsum - 51,82 [43,74;56,82] и 51,22 [38,32;59,23]. Выводы. Полученные данные демонстрируют высокую эффективность хирургического лечения больных ОГ с сохранением удовлетворительного уровня КЖ. У пациентов наблюдается снижение массы тела, стойкое устранение гипогликемии с улучшением состояния здоровья, у 18% больных в послеоперационном периоде наблюдаются симптомы экскреторной недостаточности ПЖ, у 15% сахарный диабет. Пациенты с синдромом МЭН-1 и незидиобластозом после резекции ПЖ требуют мониторинга с целью раннего выявления возможного рецидива гипогликемического состояния.

**181. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ
ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕННАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Тарасенко С.В., Ахмедов Ш.И., Зайцев О.В., Рахмаев Т.С.

Рязань

ГБУ РО "ГК БСМП"

Перфорация является одним из самых опасных и распространенных осложнений язвенной болезни. Занимает 4 место среди urgentных заболеваний требующих хирургического лечения после острого аппендицита, ущемленных грыж и острой кишечной непроходимости. С 2014г. по настоящее время в ГБУ РО ГК БСМП выполнено 13 операций по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием лапароскопических технологий. Из них 3 операции по поводу прободной язвы ДПК и 10 операций по поводу прободной язвы желудка. Возраст пациентов варьировал от 21 до 67 лет. У 6 пациентов отсутствовал язвенный анамнез. Больные были прооперированы от 3ч до 28ч от момента развития выраженного болевого синдрома. 9 пациентов были прооперированы по поводу подтвержденного рентгеноскопически диагноза перфорации полого органа. В одном случае больному выполнялась лапароскопия по поводу острого аппендицита, выявлена прикрытая перфорация язвы желудка. В 2-х случаях выполнялась диагностическая лапароскопия по поводу выраженного абдоминального болевого синдрома после исключения острого панкреатита и отсутствия изменений на рентгеноскопии брюшной полости, выявлена в одном случае перфорация язвы ДПК в другом перфорация язвы желудка. В одном случае диагностическая лапароскопия выполнялась у пациента контакт с которым был затруднен из-за перенесенного в анамнезе ОНМК с правосторонним гемипарезом, по поводу возможного перитонита неясного генеза у больного 67 лет поступившего через сутки от начала заболевания. В горизонтальном положении на рентгеноскопии брюшной полости патологии не выявлено. Выявлена на лапароскопии перфорация желудка. Длительность операций составила от 30 до 55 мин. В одном случае выполнялась релапароскопия выявлена несостоятельность швов, выполнено повторное ушивание. В одном случае констатирована смерть на фоне прогрессирующей сопутствующей патологии на 4-е сутки после операции. Осложнений со стороны послеоперационных ран не наблюдалось. Болевой синдром по шкале ВАШ в среднем в первые и пятые сутки составил 5.1 и 1.7 баллов соответственно. Длительность госпитализации составила от 6 до 8 дней.

182. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У БОЛЬНЫХ СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Фалеев В.В. (1,2), Федосеев А.В. (1,2)

Рязань

1) РязГМУ им.акад. И.П. Павлова 2) ГБУ РО ГKBСМП г. Рязани

Актуальность исследования: распространенность рефлюкс-эзофагита (РЭ) среди взрослого населения России очень высока и составляет от 45% до 85%. Консервативное лечение РЭ не избавляет полностью от заболевания и рецидив в течение года возникает более чем в 60%. В то же время, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявляется у 33% пациентов. Сочетание РЭ с сГПОД доходит до 94%, а неудовлетворительные результаты лечения доходят до 42%. Цель исследования: снизить частоту возникновения рецидивов рефлюкс-эзофагита у больных со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы путем индивидуализированного подхода. Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 198 историй болезни стационарных больных за период с 2009 по 2010 годы, обратившихся с клинической картиной РЭ, который включал в себя обработку данных клинического обследования, дополненного фиброгастроскопией (ФГС), рентгенологическим исследованием пищевода и желудка, суточной рН-метрией желудка. Результаты заносили в протокол исследования. Результаты. Количество обратившихся составило 198 человек: 120 (61%) женщин, 78 (39%) мужчин (средний возраст $43,73 \pm 1,97$ лет, $t_{ст} = 1,764$, $p > 0,05$), из них 188 (94,95%) больных с явлениями сГПОД. Все больные были распределены на отдельные группы по возрастному цензу в соответствии с классификацией ВОЗ (1997). Как единственное проявление ГПОД рефлюкс-эзофагит встретился у 53 (26,77%) больных (22 мужчины, 31 женщины). В 37,88% (75 больных) ГПОД сочетались с РЭ и калькулезным холециститом, у 2,53% (5 больных) - с РЭ и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), у 1,52% (трое больных) - с РЭ, калькулезным холециститом и ЯБДПК. На фоне консервативной терапии альгинатами, ингибиторами протонной помпы явления РЭ купировались у 36 (18,18%) больных. В качестве оперативного лечения выполнены антирефлюксные операции у 145 (73,3%) больных. Проведены лапароскопическая фундопликация по способу Nissen-Rosetti у 1 (0,63%) больного, по Dor у 2 (1,27%) больных, эзофагофундорафия с фундопликацией РНЦХ в модификации по Черноусову у 11 (7,49%) пациентов, лапароскопическая фундопликация по Toupet с крурорафией у 131 (84,23%). Для предупреждения развития в раннем послеоперационном периоде транзиторной дисфагии дополнительно назначались антисекреторные, спазмолитические и антацидные средства. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдали у 28 (19,3%, $p < 0,05$) больных, из них дисфагия возникла у 4 (2,75%) больных, рецидив РЭ у 9 (6,02%) больных, причем у 2 (1,37%) потребовалось выполнение повторного выполнения оперативного вмешательства в виду резистентности к медикаментозным препаратам. Обсуждение результатов: высокая частота встречаемости РЭ, особенно в сочетании с сГПОД у больных среднего возраста и большое число оперативных вмешательств, приводят к большому числу осложнений в раннем после-операционном периоде. Доминирующее положение в их ряду занимает рецидивирование РЭ, что ведет к пересмотру тактики лечения

таких больных. Выводы 1. РЭ сочетается с сГПОД в 95%лучаев. 2. Количество рецидивов РЭ после оперативного лечения составляет 19,3%. 3. РЭ с сГПОД чаще встречается у 61% у женщин среднего возраста (43,73±1,97). 4. РЭ со сГПОД и холециститом встречается у 38% больных, и является показанием к симультанному оперативному лечению. 5. Медикаментозная терапия РЭ вызывает положительный эффект у 18,2% больных. 6. Для снижения количества рецидивов РЭ и ГПОД требуется индивидуализированный подход с выявлением дополнительных составляющих в механизме их возникновения.

183. ПРЕИМУЩЕСТВА И ОСОБЕННОСТИ МИНИ-ДОСТУПА ПРИ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

*Щеголев А.А. (1), Ларин А.А. (1,3), Козут О.Б. (1,2), Крамарова Л.А. (1,2),
Рахимова Д.М. (1), Мазурова О.И. (3)*

Москва

1. Кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова
2. Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева ДЗ г. Москвы
3. Клиническая больница № 85 ФМБА России

Актуальность: Гиперпаратиреоз – одна из самых частых эндокринных патологий, занимающей третье место после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы. Материалы и методы. Приводим результаты оригинальной методики паратиреоидэктомии из мини-доступа при первичном и вторичном гиперпаратиреозе которая обладает рядом преимуществ перед стандартным доступом по Кохеру. Хирургическое вмешательство выполняется с применением эндотрахеального наркоза, возможно так же применение местной анестезии, однако учитывая необходимость сильного запрокидывание головы больного во время операции, а также вероятность конверсии преимущество отдается именно общему обезболиванию. После укладывания больного на операционном столе проводится ультразвуковое исследование, целью которого является придание голове пациента такого положения, которое позволяет максимально приблизить к поверхности кожи измененную околощитовидную железу. Маркером намечается линия разреза. Разрез – проекционный, над визуализированной ранее околощитовидной железой. Длина кожного разреза составляет от 1 см до 2 см, в зависимости от размеров измененной ОЩЖ. Рассекаются только кожа, далее ткани раздвигаются тупым путем, до появления околощитовидной железы в дне раны. Для раздвигания краев раны мы используем специально изготовленный крючки Фарабефа шириной 0,5 см, что позволяет свободно манипулировать в условиях ограниченного пространства. После идентификации ОЩЖ проводится ее тракция к поверхности раны с одновременным выделением боковых поверхностей ОЩЖ от прилежащих тканей. Путем тракции достигается нижний полюс железы с сосудистой ножкой, на которую под строгим визуальным контролем накладывается зажим, после чего железа отсекается. Важными моментом при выделении околощитовидной железы является сохранение ее целостности,

при разрушении капсулы возможно обсеменение окружающей ткани паратиреоидными клетками, что может привести к персистенции гиперпаратиреоза. После удаления ОЩЖ и контроля гемостаза рана послойно ушивается. Полученные результаты. Всего с применением мини-доступа оперировано 58 больных. Причем только, у 3 (5,2 %) пациентов мини-разрез был вынужденно расширен до стандартного разреза. Продолжительность хирургического вмешательства по описанной методике у нас составляла от 6 до 32 минут. Кровопотеря не превышала 5 мл. Размеры удаленных околощитовидных желез (максимальный диаметр) варьировали от 5 до 30 мм. У всех оперированных пациентов отмечена нормализация уровня ПТГ и кальция крови. Осложнения: у одного (1,7 %) пациента наблюдался транзиторный парез возвратного нерва. Выписка из стационара осуществлялась на 3-4 сутки после хирургического вмешательства, после контроля уровня кальция крови, Обсуждение: Очевидным преимуществом паратиреоидэктомии из мини-доступа является косметический эффект, меньшая операционная травма, уменьшение времени хирургического вмешательства, меньший болевой синдром в послеоперационном периоде. Выводы. 1. При наличии технической возможности следует отдавать предпочтение мини-доступу перед стандартным доступом по Кохеру. 2. Применение мини-доступа при паратиреоидэктомии ведет к меньшему травматизму и дает лучший косметический эффект, чем доступ по Кохеру. 3. Применение мини-доступа не приводит к сокращению послеоперационного койка-дня, однако послеоперационный период легче переносится пациентами. Практические рекомендации: 1. Применение мини-доступа возможна при четкой сонографической визуализации измененной (гиперплазия, аденома) ОЩЖ. 2. При выборе метода обезболивания, несмотря на непродолжительность операции, преимущество следует отдавать общей анестезии.

184.ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТОНКОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Ахтанин Е.А., Калдаров А.Р., Смирнов А.В.

Москва

ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского"

Введение: тонкокишечные свищи - тяжелое осложнение различных оперативных вмешательств на брюшной полости, несущее угрозу для жизни больного. Лечение кишечных свищей требует больших материальных расходов лечебного учреждения и колоссальных трудозатрат медицинского персонала. Правильная тактика ведения больного во многом определяет успех лечения. Каждый больной требует индивидуального подхода в лечении, однако, существуют и общие принципы лечения. Цель работы: улучшить результат лечения больных с тонкокишечными свищами. Материал и методы: проведен ретроспективный анализ результатов лечения 60 больных с тонкокишечными свищами. Несформировавшиеся тонкокишечные свищи были у 17 больных. В гнойную (брюшную) полость свищи открывались у 8 больных, флегмона передней брюшной стенки была у 3; в гранулирующую рану свищи

открывались у 6 больных. Сформировавшиеся свищи были у 43 больных. При поступлении объем потерь кишечного содержимого по свищу составлял 50 - 7000 мл, в большинстве случаев (42 больной) потери составляли около 900 мл в сутки. Первый этап лечения включал полное парентеральное питание с целью коррекции водно-электролитных нарушений и белкового обмена и местное лечение раны - активная аспирация кишечного отделяемого. За счет этих мер объем потерь кишечного содержимого сокращался в среднем до $369,8 \pm 298,4$ мл в сутки. Вторым этапом выполнялось хирургическое лечение - резекция петли кишки несущей свищ и формирование межкишечного анастомоза. Результаты: хирургическое лечение выполнено 60 больным; двухэтапное лечение - 17 больным. Всем пациентам произведена пластика дефектов брюшной стенки. Не удалось устранить несформировавшиеся свищи, открывавшиеся в гранулирующую рану у 3 больных. Среднее время операции составило $184,6 \pm 119,2$ минут; объем интраоперационной кровопотери - $238,76 \pm 381,11$ мл. Средний койко-день составил 29 ± 22 (10-60) суток. Послеоперационные осложнения возникли у 17 больных, из них 7 пациентам потребовалось повторное оперативное вмешательство (по поводу частичной несостоятельности швов анастомозов у 3 больных). Летальный исход у одного больного. Выводы: чаще всего свищи возникают после экстренных операций, по поводу острой спаечной кишечной непроходимости или перитонита. Причиной их возникновения является механическое повреждение кишечной стенки. Подготовка больных с кишечными свищами к операции требует больших материальных затрат. Лечение пациентов с кишечными свищами должно проводиться в специализированных центрах обладающих достаточным опытом и материальными возможностями. Оптимальный срок для операции составляет от 4-6 до 8 месяцев с момента формирования губовидного свища. Непростую техническую задачу представляет собой пластика передней брюшной стенки, а бактериальная обсемененность раны ограничивает возможность применения эндопротезов.

185.ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТРАВМАТИЧНОСТИ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Рыбачков В.В.(1), Дряженков И.Г.(1), Смирнов Е.В.(2), Куликов С.В.(1), Майоров М.М(1).

Ярославль

- 1) ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России
- 2) ГАУЗ ЯО Клиническая больница №9

Актуальность: В настоящее время малоинвазивные способы лечения хирургической патологии широко внедряются в практику. Однако механизмы их эффективности недостаточно определены. Это побудило нас провести настоящее исследование в данном направлении. Материалы и методы: Выполнено исследование морфологических изменений в печени, почках и надпочечниках, а также состояния биогенных аминов в крови крыс. Эксперимент выполнен на 70 белых беспородных крысах-самцах весом 220-250 грамм,

которые были поделены на 3 группы. В первой группе крысам выполнена лапаротомия. Во второй - лапаротомия сочеталась с ревизией брюшной полости. Третья - контрольная. В первых двух группах выполнялось морфологическое исследование печени, почек и надпочечников на первые, вторые и третьи сутки после лапаротомии. Для оценки состояния симпатoadреналовой системы в эксперименте определялся в динамике уровень биогенных аминов и 11-оксикортикостероидов (11-ОКС). Следующим этапом проведено клиническое исследование влияния травматичности операции на состояние симпатoadреналовой системы у больных с механической желтухой калькулезной этиологии. Было отобрано 100 пациентов, разделенных на три группы по характеру выполненного оперативного вмешательства. Первая группа больных после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Вторая – после ЭПСТ выполнено открытое оперативное вмешательство. Третья – выполнена полостная операция. Результаты и обсуждение: При проведении эксперимента на животных было выявлено, что расширение объема операции приводит к значительным морфологическим изменениям. Если животным выполнялась только лапаротомия, то это проявлялось минимальными дистрофическими изменениями в органах. Если же крысам выполнялась ревизия органов брюшной полости, то появлялась выраженная дистрофия в ткани печени и почек, с развитием в них очагов некроза, интерстициального острого нефрита и появлением липофуцина в коре надпочечников. Самые выраженные изменения печени и почек крыс после лапаротомии с ревизией брюшной полости были отмечены на 3-и сутки. Установлено, что расширение объема оперативного вмешательства у животных приводит к активизации показателей симпатoadреналовой системы. При этом наблюдается повышение уровня адреналина на 70%, норадреналина на 33%, 11-ОКС на 34%, серотонина на 55%, гистамина на 29%. Исследование показало, что механическая желтуха у больных приводит к существенным нарушениям катехоламинового обмена. Так уровень адреналина и норадреналина были достоверно повышены в 2,5 раза и 1,7 раза соответственно. Характер хирургического вмешательства оказывал существенное влияние на сроки восстановления катехоламинового баланса. Так, при выполнении ЭПСТ нормализация концентрации адреналина в крови произошла на 7 сутки, а норадреналина – на 1-3 сутки послеоперационного периода. При полостных операциях восстановление показателей происходило наиболее медленно. До операции содержание 11-ОКС в крови достоверно повышалось в 2,6 раза. Скорость нормализации зависела от объема оперативного вмешательства. При использовании ЭПСТ восстановление происходило наиболее быстро. Нормализация содержания 11-ОКС в крови у пациентов при полостном оперативном вмешательстве, происходила на 7-14 день. После выполнения эффективной ЭПСТ нормализация содержания гистамина происходила уже на следующий день после операции, а серотонина – к третьему дню. Нормализация их содержания в крови у пациентов при полостных операциях происходила на 7-14 сутки. Выводы: Установлено, что направления экспериментальных и клинических результатов являются идентичными. Критериями этих изменений могут выступать показатели симпатoadреналовой системы. Совокупность полученных данных может оказать помощь в решении вопроса об адекватном объеме операции, прогнозировании осложнений и методах коррекции нарушений в послеоперационном периоде.

186.ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ПРОВЕДЕНИЯ НЕКРЭКТОМИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Адмакин А.Л., Симонова М.С.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно–медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. Одной из главных проблем комбустиологии является лечение пострадавших с обширными и глубокими ожогами. При этом ведущей задачей лечения тяжелообожженных является закрытие основного массива ран до развития жизнеугрожающих осложнений. В настоящее время раннее хирургическое лечение тяжелых ожогов считают аксиомой, т.к. исходы болезни зависят от момента начала восстановления кожных покровов. Большинство авторов считает «золотым стандартом» раннюю некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой. Анализируя литературные данные, можно сделать вывод о том, что оптимальными сроками раннего иссечения некротизированных тканей у тяжелообожженных являются первые 5-7 суток с момента травмы. В это время пострадавший выходит из шока, сохраняются компенсаторные способности организма, воспаление и отек выражены умеренно. Соответственно, оперативное вмешательство становится более безопасным. Цель исследования – оценить влияние сроков проведения некрэктомии и дальнейшей тактики хирургического лечения на исход лечения пострадавших с глубокими ожогами. Материалы и методы. Работа основана на результатах статистически-аналитического исследования 565 пострадавших с тяжелыми, обширными ожогами, которым проводилось лечение в клинике термических поражений Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова в период с 2003 по 2016 года. Методы исследования – статистическая обработка полученных данных о пациентах; общеклинические методы определения тяжести состояния пациентов, глубины и площади ожога у больных за 2015-2016 гг. Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, принималось решение, о возможности проведения некрэктомии и ее сроках. Пациенты, которые поступали в клинику термических поражений с глубокими ожогами (IIIБ и IV степени), нуждались в проведении некрэктомии. В основном пациентам с глубокими ожогами проводилась ранняя некрэктомия (на 1-3 сутки), для того, чтобы в пораженных тканях не успело развиваться гнойное воспаление. Отсроченное хирургическое вмешательство выполнялось уже в условиях развития инфекционного процесса в тканях, что являлось причиной медленной эвакуации и развития ожоговой болезни. При поверхностных IIIА степени и пограничных ожогах IIIА-Б степеней выполнялось тангенциальное удаление погибших тканей до глубоких слоев дермы с одновременной и отсроченной кожной пластикой. При ожогах IIIБ степени тангенциальная некрэктомия осуществлялась до подкожной жировой клетчатки или единым блоком до фасции с последующей аутодермопластикой. При глубоких ожогах IV степени рассматривался вопрос о некрэктомии глубже фасции или ампутации. Проанализировав время от госпитализации до операции, было установлено, что у 17,7% тяжелообожженных некрэктомия выполнялась в первые 3 суток, у 4,8% – от 3 до 7, после 7 суток были прооперированы 3,8%. В основном пострадавшим с глубокими ожогами из-за развития ожоговой болезни по неблагоприятному сценарию с гнойно-септическими осложнениями, которые приводили к быстрому летальному исходу и оперативное вмешательство не

выполнялось (43,7%). 19,1% тяжелообожженных только с поверхностным ожогом, площадью более 20% и вовсе не нуждались в проведении восстановления кожного покрова, соответственно исход у этих больных был положительным. У 11,5% пациентов через 2-4 недели после отторжения мертвых тканей выполняли вторичную аутодермопластику. Проследив зависимость влияния сроков проведения некрэктомии на исходы лечения пострадавших с ожогами, было установлено, что чем позже была выполнена некрэктомия, тем выше процент летальных исходов. В соответствии с представленными данными наиболее оптимальными сроками начала раннего оперативного лечения являются первые 3-е суток, когда имеется наименьшее количество погибших. В тоже время очевидно, что площадь удаляемой обожженной кожи в первые трое суток была наибольшей и следовало ожидать большего количества неблагоприятных исходов. В основном, почти у половины всех тяжелообожженных (43,7%) смерть наступала раньше начала оперативного лечения. Это было связано с развитием ожоговой болезни, которая влекла за собой множество нарушений систем органов, приводящих к необратимым изменениям. Остальным пациентам (с ожогами II–IIIА степени) проводилось местное консервативное лечение с антибактериальной терапией. Среди погибших пациентов были в основном те, которые по тяжести состояния, либо по срокам доставки на этап специализированной помощи не могли быть прооперированы. На тяжесть травмы указывает индекс Франка, который был выше чем во всех других группах. Этим пациентам проводилось интенсивное лечение в условиях ОАРИТ до подготовки гранулирующих ран к аутодермопластике. Однако при прогрессировании осложнений ожоговой болезни у них наступали летальные исходы. Среди пациентов, которым ранние некрэктомии не выполняли, но которые выжили индекс Франка был наименьшим. У большинства из них площадь глубокого ожога не могла оказать существенного влияния на состояние. В процессе лечения удалось добиться эпителизации поверхностных ожогов и подготовить остаточные гранулирующие раны к аутодермопластике. Выводы. Оптимальным сроком для выполнения некрэктомии у тяжелообожженных можно считать 3 сутки после травмы. Летальность в данной группе пациентов составила 35,0% (на 20,6% меньше по сравнению с пациентами, которым проводилось отсроченное более 7 суток хирургическое лечение). Таким образом, как можно более раннее применение хирургического лечения у тяжелообожженных приводит к прерыванию ожоговой болезни, уменьшению осложнений, снижению летальности, сокращению сроков и улучшению функциональных результатов лечения.

**187. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ
ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

Горин Д.С., Захарова М.А., Кригер А.Г.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Введение. Хронический панкреатит – заболевание, нередко приводящее к снижению трудоспособности вследствие выраженного болевого синдрома. В общей стратегии лечения ведущую роль играет хирургическое вмешательство. Одним из них является резекция головки поджелудочной железы с формированием продольного панкреатоюноанастомоза. Цель. Оценка качества жизни больных хроническим панкреатитом в отдаленном послеоперационном периоде. Материал и методы. Проведен анализ качества жизни 15 пациентов, которым была выполнена операция Фрея в 2016 году. Средний возраст пациентов составил $50,62 \pm 12,37$ лет. ИМТ пациентов $21,51 \pm 2,44$. По данным МСКТ органов брюшной полости с контрастным усилением у 13 наблюдался калькулез паренхимы ПЖ, причем у 5 в патологический процесс была вовлечена преимущественно головка ПЖ, а у 10 изменения в паренхиме были тотальными. У 13 больных была отмечена панкреатическая гипертензия. Средний диаметр панкреатического протока в самой широкой части составил $8,3 \pm 3,6$ мм. У 12 был выявлен блокирующий конкремент протока ПЖ диаметром $9,7 \pm 4,2$ мм с выраженным расширением ГПП за ним. Средний послеоперационный койко-день составил $11,2 \pm 4,7$ суток. Качество жизни пациентов оценивалось с использованием стандартных опросников SF 36, QLQ EORTS C30, ВАШ. Медиана наблюдения составила 9 месяцев. Результаты. Средний показатель уровня боли до операции составил $9 \pm 0,93$ единиц по ВАШ, в послеоперационном периоде – $3,6 \pm 2,41$. 11 пациентов отмечают значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома, при этом у 8 из них он составил менее 5 единиц по ВАШ. У 5 больных отмечено полное восстановление трудоспособности. У одного пациента болевой синдром сохранился на прежнем высоком уровне (10 единиц по ВАШ). 3 еженедельно принимают обезболивающие препараты, 3- раз в месяц, 4- раз в 3 месяца, 4 практически не принимают анальгетики. Все пациенты придерживаются диетических рекомендаций и принимают ферментные препараты. Ни у одного из пациентов в послеоперационном периоде не был выявлен сахарный диабет. Кроме того у одного больного лабильное течение сахарного диабета стабилизировалось. Выводы. Резекция головки ПЖ с формированием продольного панкреатоюноанастомоза ведет к улучшению качества жизни больных хроническим панкреатитом. Тем не менее, доля больных с рецидивом болевого синдрома достаточно велика, в связи с чем необходим поиск объективных критериев интраоперационной оценки адекватности объема резекции головки ПЖ.

188.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КРИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Юдин В.А., Осипов В.В., Бровкин О.А.

Рязань

ГБУ РО "Областная клиническая больница"

Актуальность: Цирроз печени – хроническое полиэтиологическое прогрессирующее заболевание, протекающее с поражением паренхиматозной и интерстициальной ткани органа с некрозом и дистрофией печеночных клеток, узловой регенерацией, диффузным разрастанием соединительной ткани и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии. В экономически развитых странах цирроз входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до 60 лет, составляя 14—30 случаев на 100 тыс. населения. Материалы и методы: Выполнение криодеструкции цирротически измененной печени проведено у 13 больных. Целью операции является регрессирующее влияние на процессы фиброзной перестройки клеток печени, стимуляцию регенераторных процессов в гепатоцитах. Оперативное вмешательство производилось на базе 2 хирургического отделения ГБУ РО «Областная клиническая больница» (клиника кафедры хирургии с курсом эндохирургии ФПДО). Все больные были госпитализированы в плановом порядке, до этого они проходили лечение в гастроэнтерологическом отделении ГБУ РО «Областная клиническая больница». Во всех случаях был обнаружен цирроз печени. У четырех больных цирроз печени явился сопутствующим заболеванием (основное – желчнокаменная болезнь). После поступления все больные подвергались стандартным методам обследования, включающим в себя: сбор жалоб, анамнеза, объективного осмотра и параклинических методов обследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ультразвуковое исследование печени и ее сосудистой системы с применением доплерографии, исследование, ЭГДС). Иммунологические методы исследования позволили определить этиологию цирроза у трех больных (вирусный гепатит С). Стадия процесса устанавливалась на основании международной классификации циррозов печени в зависимости от выраженности печеночно – клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Печеночно – клеточная недостаточность оценивалась по Чайлд – Пью. Принадлежность к классу А, В или С устанавливалась после подсчета баллов по следующим критериям: уровень билирубина, альбумина, ПТИ, наличие или отсутствие энцефалопатии, асцита. Четверо больных отнесены к классу А– 5 – 6 баллов, соответственно, и десять больных - к классу В – 7 – 9 баллов. Предоперационная подготовка в условиях отделения гастроэнтерологии заключалась в снижении активности процесса, ликвидация или, по крайней мере, уменьшении проявлений внутрипортальной гипертензии, проведении заместительной терапии (ликвидация анемии, диспротеинемии). Результаты и обсуждение: Операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом. Во всех случаях нами использовался лапароскопический доступ: через умбиликальную точку вводился троакар, оптика, дополнительные троакары в стандартных точках. При обзорной лапароскопии проводилась визуальная оценка состояния печени (размер, цвет, форма). После этого выполнялась биопсия. Учитывая то, что цирроз печени оказался сопутствующим заболеванием для желчнокаменной болезни (у 4 – х больных), то в этих трех случаях операция носила симультанный характер: лапароскопическая холецистэктомия + криодеструкция печени.

Криодеструкция выполнялась с помощью криоустановки, разработанной «ЕЛАМЕД». Криодеструкция печени выполнялась посегментарно из 12 – 15 точек. Экспозиция криодеструктора на печени составляла 30 секунд на каждой точке. Результаты. Выявлено, что между циррозом печени и желчнокаменной болезнью имеется взаимосвязь, вследствие опосредованного нарушения желчеотведения и литогенности. Макроскопически, в ходе лапароскопии, было отмечено, что поверхность печени у всех пациентов представляла собой бугристое крупнонодулярное строение с очагами фиброза. При этом отмечалось наличие разной степени выраженности портальной гипертензии, определяемая по интенсивности расширения диаметра вен желудка. Отдаленные результаты прослежены нами у четырех больных (2 года после перенесенной операции криодеструкции печени). Больные были отнесены нами к классу А по Child – Pugh (компенсация). Субъективно больные чувствуют себя удовлетворительно. Периодически беспокоит тяжесть в правом подреберье. При объективном осмотре – кожные покровы обычной окраски. Асцита нет. При ультразвуковом исследовании: печень не увеличена, правильной формы, контуры ровные, структура однородная. При доплерографии сосудов печени – гемодинамические показатели в пределах нормы. По результатам обследования выявлено, что снижения уровня альбумина у больных не отмечено, а в некоторых случаях отмечен прирост. Уменьшилась активность трансаминаз. Выводы и рекомендации: применение избирательной криодеструкции печени не приводит к усилению печеночной недостаточности. Криодеструкция печени является безопасной операцией в плане развития интра - и послеоперационных осложнений. В отдаленном периоде криовоздействие на паренхиму печени способствует более благоприятному течению заболевания.

189.КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ ФУРЬНЕ

*Долгополов В.В.(1), Торба А.В.(1), Кузьмачук Д.О.(1), Жаданов В.И.(1),
Сумишевский Э.В.(2), Долгополова Е.В.(1), Чепелева И.С.(1), Родович В.В.(1)*

Луганск, ЛНР

- (1) ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» ЛНР
(2) ГУ «Луганская клиническая многопрофильная больница №1» ЛНР

Актуальность темы: Среди всех гнойно-воспалительных заболеваний, достаточно редким состоянием, которое часто приводит к неблагоприятному исходу для больного, является Флегмона Фурнье (ФФ). На данный момент этиология и патогенез данного заболевания недостаточно изучены, что обуславливает актуальность проблемы диагностики и лечения данного состояния. Цель: Изучить влияние бактериального посева из раны на флору и чувствительность к антибиотикам, на течение инфекционного процесса и динамику выздоровления больных с ФФ. Клинические наблюдения: Изучению были представлены два больных, госпитализированных в хирургическое отделение с похожей клинической картиной.

Больные мужчины, 62 и 67 лет, заболели остро, предъявляли жалобы на боли в аноректальной области, повышение температуры тела, слабость, недомогание. Первый мужчина 62-х лет, госпитализирован на 7-е сутки с момента заболевания. Локально: в параанальной области слева определяется зона гиперемии, перифокального отека, с размягчением по центру, симптом флюктуации положителен. Поставлен диагноз острый парапроктит. Выполнено оперативное лечение в объеме: вскрытие, дренирование гнойника. Назначено: ампицилин 2,0 г/сутки и симптоматическая терапия. На вторые сутки после операции определяется отек мошонки, с зонами некроза. Больному повторно выполнено вскрытие гнойника и некрэктомия. В послеоперационном периоде наблюдался обширный некроз мягких тканей мошонки с переходом на половой член. На 7-е сутки произведена смена антибиотика на цефтриаксон 2,0 г 2 раза в сутки. Затем больной получал ванкомицин 1,0г 2 раза в день в течении 5ти дней, цефурус 1,5г 2 раза в день в течении 10-ти дней. Распространение некроза удалось остановить, рана очистилась, появились грануляции. Больной был переведен в ожоговое отделение ЛРКБ, для дальнейшего лечения. Общий срок нахождения в стационаре 48 дней. Второй мужчина 67ми лет, госпитализирован на 12е сутки от начала заболевания, с клиникой интоксикации. Локально: признаки острого парапроктита и отек мошонки. Выполнено, вскрытие гнойника в ходе ревизии раны, обнаружен затек в мошонку, правое яичко признано нежизнеспособным – выполнена орхэктомия, дренирование гнойника. Начата антибактериальная терапия (ампициллин 2,0г/сутки), взят бак. посев из раны на антибактериальную чувствительность. Получены следующие результаты: *Pseudomonas aeruginosa*, *staphylococcus aureus*(чувствительны к ванкомицину) и грибы рода *Candida*(чувствительны к нистатину). Больному назначено: Ванкомицин 1,0г 2 раза в день, в течении 10ти дней и нистатин по 500тыс ЕД 4 раза в день в течении 12 дней. На фоне комбинированного лечения и перевязок, раневая поверхность полностью была очищена, появились грануляции. Больной был выписан на амбулаторное лечение у хирурга по месту жительства. Общий срок нахождения в стационаре 29 дней. Выводы: выполнение своевременного бактериального посева с определением антибиотикограммы позволило идентифицировать возбудителя, назначить целенаправленную антибиотикотерапию, этим самым положительно повлиять на течение раневого процесса у второго больного и позволило сократить срок его пребывания в стационаре на 19 дней.

190. ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ТЕРМООБЛИТЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Яшкин М.Н., Стойко Ю.М., Цыплящук А.В., Манафов Э.Н.

Москва

ФГБУ "Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова" МЗ РФ

Актуальность. Более 10 лет в клинической практике используются методы эндовазальной термооблитерации в лечении варикозной болезни. Эндовенозная лазерная облитерация и радиочастотная абляция минимально травматичные, эффективные методы лечения варикозной болезни. С накоплением клинического опыта можно проанализировать частоту тромботических осложнений у данной группы пациентов. Цель. Определить целесообразность использования и показания к медикаментозной профилактике ВТЭО после эндовазальной термооблитерации. Материалы и методы. Представлен ретроспективный анализ венозных тромбоэмболических осложнений после ЭВЛО и РЧА в период с 2008 г. по 2016 г. Операции выполняли в 3 структурных подразделениях Пироговского Центра. ЭВЛО с длиной волны 1470 нм и торцевым световодом – 4115 операций, ЭВЛО с длиной волны 1470 нм и радиальным световодом – 829 операций, ЭВЛО с длиной волны 1024 нм и торцевым световодом – 4541 операция и РЧА – 190 операций. Рутинно антикоагулянтная терапия не проводилась, учитывая, что оценка риска ВТЭО при операциях на венах не совсем определена. Контрольный осмотр после операции с УЗАС: 1-е сутки, 2 недели, 2 месяца, 6 месяцев, 1 в год. Результаты. В послеоперационном периоде ТГВ в 5 случаях после ЭВЛО с длиной волны 1470 нм и торцевым световодом, в 3 случаях ЭВЛО с длиной волны 1024 нм и торцевым световодом. Термоиндуцированные тромбозы: ЭВЛО с длиной волны 1470 нм и торцевым световодом – 24 (0,6%), ЭВЛО с длиной волны 1470 нм и радиальным световодом – 15 (0,6%), ЭВЛО с длиной волны 1024 нм и торцевым световодом – 50 (1,1%) и РЧА – 190 (1,6%). В случаях выявления ВТЭО после операции назначали НМГ в лечебной дозе с переходом на НОАК. 2 случая немассивной ТЭЛА. Лизис тромбов от 14 дней до 2 месяцев. Летальных исходов не было. Заключение. Профилактика ВТЭО после ЭВЛО/РЧА проводится у пациентов с наличием высокого уровня риска. Лечение ВТЭО после ЭВЛО/РЧА следует проводить с учетом современных клинических рекомендаций лечения ВТЭО. Назначение рутинной медикаментозной профилактики по нашему опыту не может являться обоснованным.

**191.КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО
С ПЕРФОРАТИВНЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Масленников В.В., Масленников В.Н.

Воронеж

БУЗ ВО "ВГКБ№2 им. К.В.Федяевского"

Больная Н. доставлена в отделение гнойной хирургии БУЗ ВО «ВГКБ №2 им К.В. Федяевского» бригадой скорой медицинской помощи через 10 дней от начала заболевания с явлениями тяжелого абдоминального сепсиса. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, землянистого цвета, t тела-40 С, PS-110 в минуту, АД со склонностью к гипотонии 80/40 мм.рт.ст., ЧД-24 в минуту, язык сухой, обложен белым налетом, живот резко вздут, в дыхании не участвует, резко болезненный во всех отделах, с-мы Менделя и Щеткина–Блумберга резко положительные во всех отделах, перистальтика не выслушивается, газы не отходят, олигурия. Нb-80 г/л, Э-ты 1,8, Л-ты 25, уровень глюкозы в крови-31 ммоль/л, мочевины 14,1 ммоль/л. В общем анализе мочи белок 1 г/л, сахар и ацетон мочи(+++). О наличии у себя в качестве сопутствующей патологии-сахарного диабета больная знала, сахароснижающих препаратов не принимала. У больной тяжелая форма гипертонической болезни, ожирение-3 степени. Учитывая тяжесть общего состояния, с целью краткой интенсивной предоперационной подготовки, больная госпитализирована в ОРИТ. После чего в экстренном порядке оперирована, произведена срединная лапаротомия, бактериальный посев гнойного отделяемого из брюшной полости, назогастроинтестинальная интубация, обструктивная резекция сигмовидной кишки, одноствольная концевая сигмостомия, санация и дренирование брюшной полости. Мангеймский индекс перитонита-43 балла. Передняя брюшная стенка ушита для последующих санационных релапаротомий «по программе», ввиду невозможности полной адекватной однократной санации брюшной полости. В последующем произведено 5 санационных релапаротомий, брюшная полость санировалась раствором 10% Бетадина, больная длительное время находилась на продленной искусственной вентиляции легких, наблюдались явления дыхательной недостаточности, компартмент-синдром, явления перитонита купировались. Послеоперационный период осложнился развитием флегмоны передней брюшной стенки, произведено вскрытие и дренирование флегмоны, после купирования гнойно-септического процесса, на гранулирующую рану были наложены ранние вторичные швы. В послеоперационном периоде больная получала симптоматическую, массивную антибактериальную, инфузионную, дезинтоксикационную терапию, переливались препараты крови. Осмотрена эндокринологом, несмотря на назначенную инсулинотерапию, в послеоперационном периоде отмечались явления гипергликемии (ниже 15 ммоль/л уровень глюкозы не опускался), со значительными трудностями инсулинотерапия скорректирована, больная получает в сутки 98 единиц инсулина. Больная провела в стационаре 41 койко-день, в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторно наблюдение хирурга, терапевта поликлиники, эндокринолога. Рана передней брюшной стенки зажила первичным натяжением. Через 4 месяца поступила повторно на РВО. Уровень глюкозы крови натощак 7.1 ммоль/л. Оперирована в плановом порядке, во время лапаротомии в брюшной полости и в полости малого таза массивный рубцово-спаечный процесс, с техническими трудностями

выделены приводящий и отводящий отделы толстой кишки, наложен аппаратный межкишечный сигмо-ректальный анастомоз, учитывая длительность операции, массивный рубцово-спаечный процесс, травматичность операции, сформирована превентивная двухствольная илеостомия по Торн-Боллу. Послеоперационный период протекал без осложнений, в удовлетворительном состоянии выписана из стационара на 12 сутки. Больная полностью вернулась к труду. Пациентка наблюдается у эндокринолога, кардиолога, участкового терапевта. Скорректирована терапия артериальной гипертензии и гипогликемическая терапия. В настоящее время поступила в плановом порядке для реконструктивной операции-внутрибрюшного закрытия илеостомы. Уровень глюкозы крови скомпенсирован. Противопоказаний для планового оперативного лечения нет.

192.РЕЦИДИВЫ ГРЫЖ ЖИВОТА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Лазаренко В.А., Бондарев Г.А., Горбачева О.С.

Курск

ФГБОУ ВО КГМУ

Цель исследования: анализ частоты рецидива грыж различной локализации после хирургического лечения (эндопротезирования). Материалы и методы. Проведен анализ отдаленных результатов лечения грыж после оперативного лечения, выполненного в Курской областной клинической больнице (КОКБ) в 2010 году методом анкетирования. При всех локализациях грыж, кроме бедренных, выполнялось эндопротезирование грыж проленом, главным образом, sub lay. Всем этим пациентам (286 чел.) были разосланы анкеты, Все респонденты с рецидивами грыж были осмотрены хирургом ОКБ, рецидивы подтверждены. Полученные результаты. Ответы на анкеты были получены от 133 чел. (46,5%). Рецидив грыж был выявлен у 11 пациентов, что составило 8,3% среди ответивших. Частота рецидивов у женщин оказалась более чем в 2 раза выше, чем у мужчин. Наиболее высокая частота рецидива – 13,6% приходится на возрастную группу старше 70 лет, в группе от 51 до 70 лет частота рецидивов грыж также достаточно высока и составила 8,1%. Чаще всего (14,3%) рецидивировали послеоперационные вентральные грыжи, на втором месте по частоте рецидива были грыжи белой линии (7,7%), на третьем месте - пупочные грыжи (6,3%), на четвертом месте - паховые грыжи (4,1%). Случаев рецидива бедренных грыж не зарегистрировано. Для сравнения мы взяли группу пациентов с послеоперационными грыжами (137 чел.), оперированных в КОКБ в 1999 – 2000 годах, отдаленные результаты хирургического лечения у которых были изучены в 2006 году. В то время эндопротезирование выполнялось лишь больным с большими и гигантскими вентральными грыжами, преимущественно методом on lay. Остальным выполнялась обычно пластика местными тканями. Частота рецидивов после аутопластики при послеоперационных грыжах в то время была 40,4%. Благодаря внедрению современных методов эндопротезирования, частота

рецидивов при послеоперационных грыжах составила, по нашим данным, 14,3%, т. е. снизилась в 2,8 раза. Сопутствующая патология была отмечена у значительной части больных - у 104 чел из 133 респондентов (78,2%), что могло способствовать развитию рецидива заболевания при этом у 68 чел. было по одному заболеванию, у 26 – по 2, у 10 – по 3. В первую очередь это относится к болезням обмена (ожирение), сердечно - сосудистой системы (ИБС, артериальная гипертензия), дыхательной системы (бронхиальная астма, ХОБЛ). У женщин сопутствующие заболевания имели место в 77,3% , у мужчин – в 79,3%. У всех пациентов с рецидивами грыж имелась серьезная сопутствующая патология. Наибольшая доля рецидивов (54,5%) появилась в течение первых 6 мес. после операции. Полученные результаты согласуются с данными литературы о наибольшей уязвимости первого года после герниопластики в плане развития рецидива заболевания. Выводы: 1) Современные технологии грыжесечения с эндопротезированием способствуют значительному снижению рецидивов, в том числе, при послеоперационных грыжах - в 2,8 раза, но не гарантируют отсутствие рецидивов грыж, средняя частота рецидивирования составляет 8,3%. 2) Наибольшая доля рецидивов приходится на первое полугодие после грыжесечения при этом частота рецидивов у женщин более чем в 2 раза выше, чем у мужчин. 3) Максимальная частота рецидивов грыж приходится на возрастные группы старше 70 лет (13,6%) и от 51 года до 70 лет (8,1%). 4) По частоте рецидивов грыжи располагаются следующим образом: послеоперационные вентральные (частота рецидивов - 14,3%), грыжи белой линии живота (7,7%), пупочные (6,3%) и паховые грыжи (4,1%). 5) В развитии рецидивов грыж существенная роль принадлежит серьезной сопутствующей патологии (сахарный диабет, ожирение, заболевания сердечно - сосудистой и дыхательной систем). 6) Выявленные закономерности следует учитывать при плановом хирургическом лечении грыж для минимизации рецидивов заболевания.

193. ПРИМЕНЕНИЕ ERAS – ТЕХНОЛОГИИ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Горин Д.С., Криггер А.Г., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Раевская М.Б., Захарова М.А.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Введение. Панкреатодуоденальная резекция является серьезным и травматичным вмешательством. Современные методы диагностики и лечения больных позволили снизить показатели периоперационной летальности в хирургии поджелудочной железы. Не смотря на это, количество послеоперационных осложнений остается высоким, и может достигать 38 - 50%. Для улучшения результатов лечения больных необходимо введение протокола периоперационного ведения больных и его стандартизация. Материал и методы. В отделении абдоминальной хирургии №1 ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» разработан и внедрен в практику протокол периоперационного ведения больных в рамках

программы ускоренной реабилитации и рационального периоперационного ведения больных (ERAS). С 2014 по 2016 г. выполнено 129 панкреатодуоденальных резекций (ПДР) по поводу опухолей - (106) и осложненных форм хронического панкреатита (22). Традиционным доступом оперировано 111 (86%), робот-ассистированно - 17 (14%). Мобилизационный этап и объем лимфаденэктомии при злокачественных опухолях не зависел от применяемого доступа. Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 перцентилей Me (25p;75p). Результаты. Продолжительность РА ПДР составила 408 (368;511) мин, открытых - 290 (250;350) мин; средняя интраоперационная кровопотеря не различалась для Тр и РА ПДР и составила 250 (200;400) и 225 (138;500) мл соответственно; послеоперационный койко-день составил 16 (12;22) суток после открытых вмешательств и 15,5 (14;21) после роботических. Назначение опиоидных анальгетиков в РА группе потребовалось не всем (73%) больным; средняя продолжительность их назначения была ниже, чем в открытой группе – 0,9 суток и 1,7 суток соответственно. Специфические осложнения классифицированы по ISGPS. По возникновению специфических осложнений в двух группах достоверных различий не выявлено. В послеоперационном периоде у 31 (24%) пациентов имелись наружные панкреатические свищи, тип А - 18 (14%) , тип В - 13 (10%); у 18 пациентов на фоне панкреатита и панкреатического свища имелся гастростаз и у 14 больных – аррозионное внутрибрюшное кровотечение, которое потребовало повторного оперативного вмешательства. У больных, перенесших традиционные вмешательства, отмечены характерные для традиционной хирургии осложнения: нагноения послеоперационной раны в 22 наблюдениях, подкожная эвентрация - 4, ранняя спаечная кишечная непроходимость в одном наблюдении. Заключение. Хирургия поджелудочной железы и панкреатодуоденальная резекция в частности требует унифицированного подхода со всесторонней оценкой периоперационных рисков. Введение протокола периоперационного ведения больных направлено на снижение количества специфических и неспецифических осложнений, а также позволяет адекватно оценить результаты лечения.

194.РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Горин Д.С., Смирнов А.В.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Введение: лапароскопические операции при опухолях поджелудочной железы выполняются в ограниченном количестве хирургических клиник. Это связано со сложностью вмешательств и техническим несовершенством современных лапароскопических инструментов. Роботический комплекс (РК) позволяет решить целый ряд технических проблем и расширить возможности миниинвазивной хирургии. Цель: создание концепции адекватного применения роботического комплекса в при опухолевом поражении поджелудочной железы (ПЖ).

Материал и методы: проведено ретроспективное исследование результатов робот-ассистированных операций у 86 больных опухолями поджелудочной железы, выполненных на базе отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ «Институт Хирургии им. А.В. Вишневского». Женщин было 70 (81,4%), мужчин - 16 (18,6%); средний возраст составил 49 (37;59) лет и варьировал от 18 до 73 лет. Больным выполнены различные робот-ассистированные вмешательства: 17 панкреатодуоденальных резекций, 45 дистальных резекций поджелудочной железы, 16 энуклеаций опухолей, 6 срединных резекций и 2 тотальные робот-ассистированные дуоденумпанкреатэктомии. Данные представлены в виде медианы Me, 25 и 75 перцентилей IQR (25p;75p). Результаты: длительность РА вмешательств варьировала в зависимости от объема операции: при ПДР она составила в среднем 400 (360;550) мин, при дистальных резекциях – 210 (180;250) минут. Средний объем кровопотери при ПДР составил 200 (150;500) мл, при дистальных резекциях – 100 (50;300) мл. При энуклеациях опухоли и срединных резекциях кровопотеря была минимальной. Конверсия на открытое вмешательство выполнена в 6 случаях: при ПДР – 2, дистальных резекциях – 4, при энуклеациях опухоли, срединных резекциях и тотальных панкреатэктомиях конверсий не было. Средний послеоперационный койко-день составил 15 ± 9 и зависел от объема операций. Наибольший койко-день был у пациентов, которым выполнялась РА панкреатодуоденальная резекция – 16 (14;25), наименьший – после органосохраняющих вмешательств – 12 (8;15). Панкреатический свищ А и В возник у 35 (40,7%) больных; кровотечение - у 6 (7,0%) больных. Умерло 2 (2,3%) больных. Выводы: начальными показаниями к робот-ассистированным операциям являются злокачественные и погранично злокачественные опухоли поджелудочной железы, стадируемые как T1-T2, а также доброкачественные опухоли ПЖ диаметром 5-6 см. С накоплением опыта, показания к РА вмешательствам могут быть расширены. РА операции обеспечивают прецизионность удаления лимфатических узлов и формирования анастомозов. За счет минимальной травматизации тканей послеоперационный период протекает для больных более гладко и комфортно. Применение роботического комплекса при опухолевом поражении ПЖ оправдано, целесообразно и позволяет уменьшить вероятность возникновения неспецифических послеоперационных осложнений, однако, не позволяет значительно снизить число специфических послеоперационных осложнений.

195. ВЫБОР ОБЪЁМА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кригер А.Г., Горин Д.С., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Смирнов А.В.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Введение: нейроэндокринные опухоли (НЭО) - группа опухолей, происходящих из клеток диффузной нейроэндокринной системы. В 15-25% НЭО являются компонентом синдромов множественной эндокринной неоплазии (синдром Вермера, фон Гиппеля- Линдау, фон Реклингхаузена). НЭО поджелудочной железы (ПЖ) подразделяются на две группы: функционирующие - ассоциированы с симптомами, вызванными эктопической секрецией гормонов; и нефункционирующие, которые либо не секретируют биологически активные вещества, либо секретируют их, не вызывая клиническую симптоматику. Соотношение функционирующих и нефункционирующих НЭО составляет 45/55%. Основным методом лечения НЭО является оперативное лечение. Цель: улучшить результаты лечения больных НЭО поджелудочной железы. Материал и методы: проведен ретроспективный анализ результатов лечения 117 больных НЭО поджелудочной железы, из которых 64 (55%) были функционирующими, 53 (45%) – нефункционирующими. Женщин было 86 (74%), мужчин – 31 (26%). Средний возраст больных составил 47 (36;55) лет. По данным предоперационной диагностики средний диаметр опухоли составил 31 мм. У 40 (34%) пациентов был установлен клинический синдром множественной эндокринной неоплазии. В 35 (30%) случаях оперативные вмешательства выполнялись в миниинвазивном варианте с помощью роботического комплекса. Дистальная резекция ПЖ выполнена в 49 (42%) наблюдениях. Панкреатодуоденальная резекция произведена 28 (24%) больным, тотальная дуоденумпанкреатэктомия - 5 (4%) больным. В 35 (30%) случаях выполнены органосохраняющие операции: 26 (22%) наблюдениях осуществлена энуклеация опухоли поджелудочной железы, в 9 (8%) - срединная резекция. Данные представлены в виде медианы Me, 25 и 75 перцентилей IQR (25p;75p). Результаты: среднее время вмешательства составило 200 (127;270) минут; интраоперационная кровопотеря – 100 (20;225) мл. Послеоперационный койко- день составил 13 (9;23) суток. В послеоперационном периоде наружные панкреатические свищи сформировались у 41 (35%) больных: тип А (ISGPS) – 29, тип В – 12. В 6 (5%) наблюдениях имел место послеоперационный гастростаз (тип В по ISGPS). Аррозионные кровотечения тип В или С (ISGPS) возникли у 8 (7%) больных, которые потребовали повторных вмешательств. В 2 наблюдениях имелась несостоятельность гепатикоеюноанастомоза. Послеоперационная летальность составила 5 (4,3%) случаев. Выводы: оперативное лечение НЭО поджелудочной железы требует избирательного подхода при выборе тактики и объёма оперативного вмешательства в зависимости от размеров опухоли, её локализации и степени агрессии. При опухолях G1-G2 размером до 5 см целесообразно выполнение операций с помощью миниинвазивных методик. Доброкачественные НЭО (G1) могут быть оперированы в органосохраняющем варианте (энуклеация, срединная резекция) без выполнения лимфаденэктомии. При нейроэндокринной карциноме даже при наличии отдаленных метастазов, оперативное

лечение является методом выбора. Своевременное хирургическое лечение с последующей химиотерапией является прогностически наиболее благоприятным для этой когорты больных.

196. ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЛИДНЫХ ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кригер А.Г., Горин Д.С., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Захарова М.А., Гоев А.А.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Введение: солидная псевдопапиллярная опухоль (СППО, SPN, SPT) – редко встречающаяся погранично злокачественная опухоль, исходящая из клеток экзокринной природы и обладающая рецепторами к прогестерону. СППО описаны американским патологоанатомом Вирджинией Ниланд Франц в 1959 году и названы в ее честь. Частота встречаемости СППО составляет менее 1-2% всех экзокринноклеточных опухолей поджелудочной железы. По данным национального института здоровья США за период с 1961 по 2012 гг. в мире выявлено всего 2744 случая СППО в 484 исследованиях, большинство из которых представлено одним или несколькими случаями. Цель: улучшить результаты лечения пациентов с СППО поджелудочной железы. Материал и методы: проведено ретроспективное исследование результатов лечения 36 пациентов с СППО поджелудочной железы, оперированных на базе отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ «Институт Хирургии им. А.В. Вишневского» в период с 2007 по 2017 г. Абсолютное большинство составили женщины - 34 (94%), мужчин было 2 (6%). Средний возраст больных составил 34 (25;42) лет. У 17 (47%) пациентов опухоль локализовалась в головке, у 8 (22%) – в теле, у 11 (32%) – в хвосте поджелудочной железы. Средний диаметр опухоли составил 42 (26;73) мм. Зачастую опухоль являлась случайной находкой во время планового диспансерного обследования или обследования по поводу сопутствующей патологии. Всем пациентам выполнялось срочное и плановое гистологическое исследование, 27 (75%) больных произведено иммуногистохимическое исследование, в остальных 9 (25%) диагноз подтвержден данными электронной микроскопии. Данные представлены в виде медианы Me, 25 и 75 перцентилей IQR (25p;75p). Результаты: панкреатодуоденальная резекция выполнена 13(36%) больным, дистальная резекция – 16(44%) больным, органосохраняющие операции (энуклеация опухоли, срединная резекция) выполнены 7(20%) пациентам. В 22% случаев оперативные вмешательства выполнялись в робот-ассистированном варианте. Среднее время вмешательства составило 215(162;305) минут; интраоперационная кровопотеря-200(50;300) мл. Частота R0 – резекций составила 94%. Послеоперационный койко- день составил 16(11;23) суток. В послеоперационном периоде наружные панкреатические свищи сформировались у 11 (31%) больных: тип А (ISGPS) – 6, тип В – 5. Аррозионные кровотечения типа С (ISGPS) возникли у 2 (6%) больных, в обоих случаях гемостаз был достигнут эндоваскулярным способом Также имелись неспецифические

послеоперационные осложнения: пневмония в 2 (6%) случаях и нагноение послеоперационной раны в одном. Один летальный исход возник вследствие тяжелого послеоперационного панкреатита с развитием острого респираторного дистресс-синдрома. Выводы: операция с удалением первичного очага является методом выбора в лечении СППО поджелудочной железы, даже при наличии отдаленных метастазов. Доброкачественные СППО должны быть оперированы в органосохраняющем варианте, выполнение лимфаденэктомии при этом не обязательно. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование должно быть выполнено во всех случаях операций по поводу СППО. Эпидемиология и распространенность СППО требуют дальнейшего изучения в России и в мире.

197.РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИ ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Родоман Г.В.(1),Соколов А.А.(1), Желтиков А.Н.(1), Оганесян К.С.(2),
Сиротинский В.В.(2),Тоноян А.А.(1)*

Москва

1)РНИМУ им.Н.И.Пирогова2)ГБУЗ ГКБ13

Лечение больных с механической желтухой является актуальной проблемой экстренной хирургии. По данным отчета Главного хирурга г. Москвы за 2016 год - это составляет 3307 случаев или 6.3 % от поступивших в стационары города. В условиях отделений экстренной хирургии ГБУЗ ГКБ 13 выполнено 597 мини-инвазивных хирургических вмешательства с целью лечения данной патологии. Дренирующие операции выполнялись в экстренном или срочном порядке после короткого предоперационного обследования и подготовки, что включало в себя: осмотр больного в отделении, клинический и биохимический анализ крови, мочи, экстренное ультразвуковое исследование гепато-билиарной системы. При выполнении экстренного ультразвукового исследования, в первую очередь, оценивался характер и локализация патологического процесса. Больные с доброкачественным характером желтухи направлялись на эндоскопическое исследование (ЭРПХГ) для уточнения диагноза и выполнения ПСТ с целью купирования желчной гипертензии. В общей сложности, с целью разрешения желтухи, выполнено 496 ЭРПХГ с ПСТ, оказавшимися успешными у 96% больных. В случае опухолевого генеза патологического процесса, основной задачей было установить локализацию и наличие препятствия в протоковой системе, поскольку опухоли в воротах печени являются показанием к антеградной методике дренирования, в то время как дистальное расположение блока являлось показанием к ретроградному дренированию протоковой системы: в 64 - 54 % случаях было проведено одно, у 47 больных - 40% - два и 8 пациентов - 6 % более двух исследований. Чрезкожно-черезпеченочная холангиостомия выполнена 19 - 6% пациентам. Это та группа пациентов, у которых опухоль располагалась в

воротах печени или эндоскопическое вмешательство было технически не выполнимо. Летальных исходов было - 2, не связанных с выполненной методикой и обусловленных общесоматическими заболеваниями. С целью декомпрессии протоковой системы, мы использовали полимерные стенты диаметром от 8.5 до 11.5 Fr, а в случае повторных вмешательств у больных, которым не планировалось радикальное лечение – металлические самораскрывающиеся стенты от 8 до 10 мм в диаметре. В качестве альтернативной методики, объединяющей в своем потенциале как диагностические, так и лечебные возможности, было выполнено 54 эндосонографических исследования, дополненных в 4 случаях – миниинвазивными вмешательствами. Так в 3 случаях эндо-узи было объединено с ЭРПХГ и папиллотомией, и в одном случае – с эндоскопической установкой стента при опухоли Клацкина 4 ст. Наблюдение за данной категорией больных показало, что миниинвазивные методики купирования механической желтухи позволяют эффективно проводить декомпрессию протоковой системы, безопасны и достаточно легко переносятся пациентами.

198.СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДОСТИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ВАРИКОЗНЫХ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В УСЛОВИЯХ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Хоронько Ю.В., Саркисов А.Э., Глебов К.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет МЗ РФ

Актуальность. Современный алгоритм проведения лечебных мероприятий при варикозных пищеводно-желудочных кровотечениях (ВПЖК), обусловленных портальной гипертензией (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП), предполагает последовательное применение мер медикаментозно-компрессионного гемостаза (МКГ), эндоскопическое лигирование (ЭЛ) и портосистемное шунтирование (миниинвазивная процедура TIPS/ТИПС). В большинстве больниц, принимающих в порядке скорой помощи пациентов с ВПЖК, отсутствуют возможности для выполнения ЭЛ, позволяющего добиться наиболее устойчивого гемостаза. Поэтому на данном этапе лечения повышение эффективности МКГ становится определяющим. В условиях тромбоцитопении, характерной для ЦП, возможности МКГ значительно снижены. Недавние исследования раскрывают механизмы усиления адгезивной способности тромбоцитов при применении препаратов серотонина. Цель работы - улучшить результаты лечения больных с ВПЖК, происходящими в условиях тромбоцитопении, включением серотонина адипината (Динатона) в комплекс мер МКГ. Материал и методы. Проанализирован опыт лечения 440 больных с ВПЖК, поступивших в лечебные учреждения Ростова-на-Дону и области. У 157 пациентов применена процедура ЭЛ (2010-2017 гг.) и у 204 выполнена операция TIPS/ТИПС (2007-2017 гг.). Располагая возможностями проведения данных вмешательств, тем не менее придаём большое значение эффективности первичного

МКГ. Проанализированы результаты МКГ в двух группах клинических наблюдений, сопоставимых по основным клинико-диагностическим показателям. В I (контрольную) группу включены 40 больных, которым проводились регламентированные национальными клиническими рекомендациями мероприятия (зонд Блэкмора, возмещение плазмо- и кровопотери, применение селективных вазоконстрикторов из групп терлипрессина и октреотида, введение ингибиторов фибринолиза, ингибиторов протонной помпы). Исходное среднее значение тромбоцитов у пациентов этой группы составило $58,4 \pm 4,7 \times 10^9/\text{л}$. Во II группу ($n=40$) вошли больные, которые дополнительно к вышеописанным мероприятиям МКГ получали серотонина адипинат (Динатон) 30-50 мг в/в медленно на инфузомате на протяжении 3-7 сут. Исходное значение тромбоцитов у пациентов II группы - $51,8 \pm 5,6 \times 10^9/\text{л}$. Сравнению подверглись клинические данные и лабораторные показатели «красной» крови, динамика параметров системы гемостаза в сроки до 6 нед, эндоскопическая картина, частота развития рецидивов геморрагий, летальность. Морфологические исследования заключались в проведении электронной микроскопии (Теснаі G2 SpiritBioTWIN с ускоряющим напряжением 120 кВ и увеличением 1000x, 2500x, 5000x, 10000x) сформированного на вариксе сгустка, морфометрии. Результаты. Серотонина адипинат (Динатон), применённый в комплексе мер МКГ способствовал повышению эффективности гемостаза у пациентов II группы. Отмечено меньшее количество рецидивов геморрагий, а также более низкая 6-нед летальность. Эффективность МКГ (безрецидивный гемостаз в течение 6 нед) в I группе составила 67,5%, во II – 77,5%. Динамика параметров «красной» крови и данных коагулограммы (в первую очередь – АЧТВ, D-димеров и РФМК) манифестирует достижение более надёжного гемостаза у больных II группы. Установлено, что применение серотонина адипината (Динатона) при выраженной тромбоцитопении (менее $50 \times 10^9/\text{л}$) является еще более значимым фактором повышения эффективности МКГ, нежели при количестве тромбоцитов $50-100 \times 10^9/\text{л}$, что подтверждает факт усиление адгезивной способности тромбоцитов при использовании препаратов серотонина. Электронная микроскопия и последующая морфометрия демонстрируют интенсивную необратимую агрегацию и формирование фибриновой пробки при применения серотонина адипината. Выводы. 1. Серотонина адипинат (Динатон) усиливает адгезивную способность тромбоцитов и способствует повышению эффективности гемостаза при ВПЖК в условиях тромбоцитопении; 2. Оптимальный алгоритм лечения больных с ВПЖК предполагает последовательное применение мер МКГ, эндолигирования и портосистемной шунтирующей операции TIPS/ТИПС.

199.К ВОПРОСУ О КОНЦЕНТРАЦИИ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИОНОВ МАГНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССАХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Камаев А.А., Пшенников А.С.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность: Варикозная болезнь является широко распространенным, социально значимым заболеванием. Несколько лет назад была впервые высказана мысль об участии особых матричных ферментов – металлопротеиназ в развитии варикозной трансформации подкожных вен. Также согласно современным представлениям варикозная болезнь относится к группе наследственных заболеваний, связанных с нарушением биосинтеза или деградации волокнистых структур соединительной ткани. Магний играет важную роль в поддержании структуры соединительной ткани. Поэтому целью нашего исследования стало оценить концентрацию матричных металлопротеиназ (ММП-9, ММП-1), тканевого ингибитора металлопротеиназ-1 (ТИМП-1) и ионов магния у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей различных клинических классов. Материал и методы: В исследование включено 144 человека, из которых 124 составили пациенты с варикозной болезнью нижних конечностей различных клинических классов, которые были разделены на четыре группы. В 1-й группе проводили оперативное лечение; во 2-й группе после операции дополнительно назначали препараты магния; в 3-й группе проводили только консервативное лечение; в 4-й группе пациенты получали стандартное консервативное лечение и препараты магния. 5-ю контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев, не страдающих варикозной болезнью. Содержание в сыворотке крови ММП-9, ММП-1 и ТИМП-1 определяли методом иммуноферментного анализа. Концентрацию Mg^{2+} определяли колориметрическим методом. Полученные результаты: У пациентов с варикозной болезнью в 64,5% случаев наблюдались нормальные значения Mg^{2+} . У 44 человек (35,5%) было снижение концентрации магния. В контрольной группе только у трех человек отмечался дефицит магния (15%). В группах пациентов с варикозной болезнью С2-С3 классов у 55 человек (76,4%) отмечался нормальный уровень магния, в то время как в группах пациентов с трофическими язвами всего у 40% больных отмечается отсутствие дефицита магния. Наибольший уровень ММП-9 наблюдается у пациентов с варикозной болезнью классов С5-С6 ($14,5 \pm 1,7$ нг/мл). На фоне лечения отмечается снижение уровня ММП-9 у пациентов, получавших дополнительно терапию препаратами магния. У пациентов с варикозной болезнью наблюдается повышение концентрации ММП-1 по сравнению с группой контроля ($6,9 \pm 1,16$ нг/мл и $4,8 \pm 0,73$ нг/мл соответственно). Достоверной зависимости концентрации ММП-1 от клинического класса заболевания не получено. В группах пациентов с варикозной болезнью отмечалось повышение концентрации ТИМП-1 по сравнению с группой контроля ($210,8 \pm 21,1$ нг/мл и $154,4 \pm 14,4$ нг/мл соответственно). В дальнейшем, на фоне лечения, отмечается увеличение уровня ТИМП-1 у пациентов во 2-й и 4-й группах. Также отмечается зависимость концентрации ТИМП-1 от клинического класса заболевания, наибольший уровень ТИМП-1 отмечался у пациентов С4-С6 классов. Обсуждение: У пациентов с варикозной болезнью отмечается достоверное снижение уровня магния по сравнению с условно здоровыми добровольцами, не страдающими варикозной болезнью. На фоне

проводимой дополнительной терапии препаратами магния, мы добились уменьшения количества пациентов с дефицитом магния в группах больных с варикозной болезнью, что создало благоприятные предпосылки для дальнейшего течения заболевания, у пациентов данных групп отмечается снижение активности ММП-9, и повышение уровня ТИМП-1. Выводы и рекомендации: 1. Выявлено повышение уровня ММП-9, ТИМП-1 соответственно прогрессированию тяжести варикозной болезни. Наибольшие показатели ММП-9 и ТИМП-1, а также наиболее выраженный дефицит магния наблюдается у пациентов с трофическими изменениями. 2. Препараты магния целесообразно использовать в лечении варикозной болезни, так как отмечается их влияние на процессы деградации коллагена и внеклеточного матрикса, данные препараты снижают активность ММП-9, повышают концентрацию ТИМП-1, тем самым влияя на баланс ММП/ТИМП у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.

200.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ЧРЕЗКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Эктов В.Н.(1), Соколов А.Н.(2), Куркин А.В.(2), Мельников Ю.Ю.(2),
Лаблюк П.Ф.(2), Минаков О.Е.(1)*

Воронеж

- 1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко,
- 2) Воронежская областная клиническая больница №1

Актуальность. Наряду с общей тенденцией увеличения числа больных острым панкреатитом отмечается рост числа больных с деструктивными формами этого заболевания, количество которых составляет не менее 15-20%. Сохраняющаяся высокая послеоперационная летальность у больных панкреонекрозом делает важным продолжение исследований по совершенствованию методов диагностики и лечения этой патологии, в том числе с использованием миниинвазивных хирургических вмешательств. Цель работы: рассмотреть варианты и изучить непосредственные результаты применения миниинвазивных чрезкожных вмешательств под контролем УЗИ в диагностике и лечении острого панкреатита. Материалы и методы. В основу ретроспективного исследования положен анализ результатов применения 812 пункционно-дренирующих чрезкожных вмешательств, выполненных в период с 2012 по 2016 год в Воронежской областной клинической больницы №1 при лечении больных с различными формами панкреонекроза. Для обследования пациентов и выполнения навигационных вмешательств использовались ультразвуковые аппараты ProFocus 2202 фирмы "B&K Medical" (Дания) с конвексными и линейными мультислотными датчиками, пункционными адаптерами, комплекты игл, дренажей и дилататоров фирм "Merit Medical" (США), ООО «МИТ» (Россия), PBN (Дания), COOK (США). Лечебно-диагностические пункции жидкостных скоплений в первые 10 суток от начала заболевания произведены 113 больным.

При лечении больных с тяжелыми формами острого панкреатита выполнено 699 дренирующих вмешательств под УЗИ контролем: в 150 наблюдениях дренирование проводилось одним дренажом, в 390 наблюдениях – двумя и более дренажами. У 159 пациентов производилось повторное дренирование или замена дренажей. При осуществлении дренирующих вмешательств использовались различные виды доступов: трансперитонеальный – 175 случаев, трансгастральный – 43, правый ретроперитонеальный – 18, левый ретроперитонеальный – 201. У 55,3% больных миниинвазивные вмешательства под УЗИ контролем были самостоятельным способом хирургического лечения больных панкреонекрозом, у 23,2% больных миниинвазивные вмешательства сочетались с различными вариантами открытых операций. Результаты и обсуждения. В период 2012-2016 годов общая послеоперационная летальность при лечении тяжелых форм панкреонекроза составила 23,8 % : при стерильном панкреонекрозе – 13,3%, при инфицированном – 31,8 %. Показатели послеоперационной летальности зависели от сроков выполнения хирургических вмешательств – при выполнении навигационных или открытых операций в сроки до 4 недель от начала заболевания летальность составила 38,6%, при выполнении хирургических вмешательств в сроки более 4 недель от начала заболевания летальность составила 18,7%. Послеоперационная летальность при использовании навигационных вмешательств как окончательного варианта лечения больных с панкреонекрозом составила 11,4%, при использовании открытых вариантов хирургических вмешательств или их последовательном сочетании с миниинвазивными дренирующими операциями летальность составляла 41,6%. Выводы. Миниинвазивные навигационные вмешательства являются важным компонентом лечебно-диагностической тактики при тяжелых формах острого панкреатита. Среди вариантов применения миниинвазивных операций большой удельный вес занимают повторные дренирующие вмешательства, осуществляемые преимущественно ретроперитонеальным доступом. Важным необходимым условием улучшения результатов лечения тяжелых форм панкреонекроза является реализация мультидисциплинарного подхода к оказанию лечебно-диагностической помощи больным в условиях специализированных многопрофильных стационаров третьего уровня, оснащенных службами интервенционной радиологии и эндоскопии.

201.АНТЕГРАДНЫЕ МЕТОДЫ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ ПЕРИАМПУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ

Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А., Баконина И.В., Ахмедов Ш.И., Стрижёва А.В.

Рязань

"Ряз.ГМУ им акад. И.П. Павлова". МУЗ ГК БСМП г. Рязани

Цель исследования. Проанализировать эффективность чрескожных методов декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе опухолевого генеза. Изучить характер

осложнений после подобных вмешательств. Материалы и методы. В клинике концентрируются пациенты с механической желтухой из Рязани и области. Ежегодно отмечается рост числа пациентов с данной патологией. При опухолевых желтухах производятся, преимущественно, чрескожные вмешательства. Декомпрессия производится всем пациентам при уровне билирубина выше 100 мкм/л и наличии признаков печеночной недостаточности. За 6 лет чрескожное дренирование желчных протоков выполнено у 415 пациентов. Средний возраст пациентов 62,7 года. У 261 (63%) пациента отмечен «низкий» блок желчных протоков. Результаты. Холангиостомия выполнена 315 (59%) случаях, в 23 случаях отдельно левого и правого протоков. Отмечаем достаточно большое количество осложнений после процедуры: кровотечение по дренажу и гемобилия 19 случаев (6%); частичная или полная транслокация дренажа в послеоперационном периоде 28 случаев (9%); нагноение дренажного канала 2 (0,6%) пациента. Умерло 4 пациента. Оперировано, в связи с осложнениями, 8 пациентов. Холецистостомия выполнена у 91 пациента (17%), эффективна только при низких блоках, не создаёт условий для дальнейших эндобилиарных вмешательств, но сравнительно редко даёт осложнения: транслокаций не отмечено, кровотечения у 3 пациентов, раневая инфекция у 1. Наружно-внутреннее дренирование выполнено у 75 пациентов после холангиостомии в случае удачной реканализации стриктуры. Метод использовался как самостоятельный и как предварительный этап перед протезированием или стентированием стриктур. Отмечено возрастание риска инфекционных осложнений (4 пациента, 5,3%) и риск развития панкреатита вследствие блокады главного панкреатического протока (3 случая, 4%. Летальность составила 2,7% (2 человека). Билиарное протезирование выполнено у 51 пациента. Рассматриваем его как альтернативу билиодигестивному анастомозу при нерезектабельных опухолях и как метод выбора в неоперабельных случаях. Различные осложнения отмечены в данной группе пациентов в 5 случаях, но открытых оперативных вмешательств они не потребовали. Выводы. Пункционно-катетерные методы билиарной декомпрессии эффективны при желтухах опухолевого генеза. Основным методом декомпрессии является холангиостомия. В ряде случаев антеградная процедура является окончательным или альтернативным методом лечения.

202. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А., Баконина И.В., Соколова С.Н., Ахмедов Ш.И.

Рязань

ГОУ ВПО «Ряз ГМУ им акад И.П. Павлова». МУЗ ГК БСМП г. Рязани

Панкреонекроз является одной из самых сложных и пока далёких от успешного решения проблемой неотложной абдоминальной хирургии. Результаты диагностики и лечения заболевания нельзя назвать удовлетворительными, что требует совершенствования диагностических и лечебных алгоритмов. В настоящее время трудно представить лечение

тяжёлого панкреонекроза без использования минимально-инвазивных технологии (МИТ). Среди них наиболее эффективными являются чрескожные пункционно-катетерные способы лечения, которые используются самостоятельно и в комбинированном лечении заболевания. Материалы и методы.Анализу подвергнуты результаты лечения 141 пациента с подтверждённым диагнозом панкреонекроза, находившихся на лечении в клинике с 2012 по 2015гг. Диагностика заболевания и контроль за его течением осуществляли на основе клиничко-лабораторных данных, картины ультразвукового исследования и результатов контрастного рентгенологического исследования. Результаты и обсуждение. У 31 (22%) пациента проводилась только интенсивная консервативная терапия, при этом в 24 случаях наступило выздоровление без развития поздних осложнений, в 3-х случаях сформировались псевдокисты, погибло 4 пациента на фоне панкреатогенного шока и явлений полиорганной недостаточности (ПОН). Методы полостной хирургии представлены классическими оментобурсостомией и люмбостомией с некрсеквестрэктомией (в изолированном виде выполнены у 9 пациентов, умерло 7 человек). Показанием к первичному выполнению открытых операций являлось прогрессирующее ухудшение состояния пациентов при отсутствии условий для выполнения пункционно-катетерных способов лечения. У 10 пациентов выполнена лапароскопическая санация брюшной полости при ферментативном перитоните, которая в 2-х случаях была дополнена лапароскопической оментобурсостомией (умер 1 пациент на фоне прогрессирующей ПОН). Пункционно-катетерный способ лечения в клинике применён у 91 (64,5%) пациента, при этом обойтись без открытых операций удалось у 60 (65,9%) пациентов. Этапная замена дренажей выполнена в 33 наблюдениях, у 29 пациентов стало окончательным способом лечения. В 26 (28,5%) случаях лечение было комбинированно с открытыми методами дренирования. Показанием к добавлению открытых методов являлась невозможность адекватного дренирования и удаления секвестров путем замены и увеличения количества дренажей и большой объём поражений, при этом в 2 случаях после открытого дренирования переходили к закрытой коррекции дренажей по тульской технологии. Общая летальность в группе пациентов, у которых применялись МИТ и комбинированное лечение, составила 21 пациент (23%). Выводы. Современное успешное лечение панкреонекроза возможно условия достаточного оснащения современным оборудованием, расходным материалом, наличием большой мотивиро-ванной и обученной команды врачей разных специальностей или универсальных специалистов, которые будут реализовывать индивидуальный подход к лечению каждого пациента.

203. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Бокарев М.И.(1), Водолеев А.С.(2), Дуванский В.А.(3), Мамыкин А.И.(1),
Мунтяну Е.В.(1), Ковалинин В.В.(1), Малюга В.Ю.(2)*

Москва

- 1) 1 МГМУ им. И.М. Сеченова.
- 2) ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ г. Москвы.
- 3) ФПК МР РУДН, ФГБУ «ГНЦ ЛМ ФМБА»

До 25% пациентов с колоректальным раком поступают в экстренный хирургический стационар с явлениями толстокишечной непроходимости. Необходимость экстренного оперативного вмешательства у таких пациентов в силу водно-электролитных нарушений, бактериемии и декомпенсации сопутствующих заболеваний сопряжено с высокими цифрами послеоперационных осложнений (до 60%) и летальностью (до 22%). В большинстве случаев, учитывая дилатацию и ишемию проксимальных отделов кишечника, операция завершается формированием временной или постоянной колостомы (илеостомы), что приводит к ухудшению качества жизни. В последние годы большое значение уделяется малоинвазивным эндоскопическим методикам, направленным на декомпрессию толстой кишки. Нами ретроспективно были оценены результаты стационарного этапа лечения пациентов с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза (ОКНОГ) с 2005 по май 2017 г. Цель исследования: определить предпочтительную хирургическую тактику у больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. В исследование вошло 349 больных. Из них 162 (46,4%) пациента были мужчины, 187 (53,6%) – женщины. Средний возраст был равен $67,3 \pm 9,0$ лет. Изучение использованной хирургической тактики обнаружил, что не всех пациентов лечили одинаково: у ряда больных, для ликвидации острой кишечной непроходимости использовали эндоскопический способ (эндопротезирование нитиноловым стентом под рентгенэндоскопическим контролем), а не рутинное экстренное оперативное вмешательство. Для выявления оптимального способа ликвидации ОКНОГ, все пациенты были разделены на две группы в зависимости от использованной хирургической тактики (группа экстренной операции и группа эндоскопической декомпрессии), а результаты лечения в образованных группах были подвергнуты сравнительному анализу. В группу экстренного оперативного лечения включены 256 (73,4%) больных. Из них 122 (47,7%) пациента были мужчины, 134 (52,3%) – женщины. Средний возраст больных в группе был равен $68,1 \pm 8,4$ лет. Осложненное течение послеоперационного периода отмечено в 164 (64%) наблюдениях. У 27 (10,5%) пациентов зафиксированы грозные внутрибрюшные осложнения, потребовавшие проведения повторной операции. Умер 51 больной, что составляет летальность 19,9%. В группу эндоскопической декомпрессии вошли 93 (26,6%) больных. Из них 40 (43,0%) мужчин, 53 (57%) женщин. Средний возраст больных в группе был равен $71,5 \pm 10,5$ лет. Стентирование успешно выполнено у 90 (96,8%) пациентов. В 2 (2,2%) наблюдениях, после успешно технически выполненного стентирования, удовлетворительного эффекта достигнуто не было. У 3 (3,2%) больных выполнить стентирование не удалось. Внебрюшные осложнения были зафиксированы у 2 (2,2%) больных. В пяти случаях (5,6%) случаях развились внутрибрюшные осложнения, потребовавшие в трех случаях оперативного вмешательства, в двух -

эндоскопического. Умерло 6 пациентов, что составляет летальность 6,7%. Сравнительный анализ образованных групп обнаружил их сопоставимость по полу и возрасту, однако, по частоте развития послеоперационных осложнений и показателям летальности, отличия были весьма существенными. Осложненное течение послеоперационного периода в группе экстренного оперативного лечения достигало 64%, что более, чем в 8 раз превышает аналогичный показатель в группе эндоскопической декомпрессии (различие статистически значимое, $p = 0,0001$, критерий Фишера). Частота развития внутрибрюшных осложнений в группе экстренного оперативного вмешательства достигает 10,5%, что почти в два раза чаще, чем в группе эндоскопической декомпрессии (различие статистически незначимое, $p = 0,1132$, критерий Фишера). Летальность в группе экстренного оперативного лечения достигает 19,9%, что более, чем в 3 раза выше аналогичного показателя второй группы, где летальность находится на уровне 6,7% (различие статистически значимое, $p = 0,0017$, критерий Фишера). Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения больных ОКНОГ различными способами позволяет предлагать экстренное эндоскопическое колоректальное стентирование в качестве предпочтительной хирургической тактики для этих пациентов, однако, недостаток клинического материала и данных об отдаленных результатах лечения диктует необходимость продолжения исследования.

204.КОРРЕКЦИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А., Баконина И.В., Зайцев О.В., Ахмедов Ш.И.

Рязань

ГОУ ВПО «Ряз ГМУ им акад И.П. Павлова». МУЗ ГК БСМП г. Рязани

Хирургия поджелудочной железы (ПЖ) всегда чревата серьезными осложнениями и, при резекциях железы, выполненных открыто, может достигать 50-95%. После лапароскопических операций, несмотря на «отбор диагнозов», отбор пациентов для этих вмешательств, число осложнений также велико и достигает 42% (Mabrut J.Y. et al., 2005). При этом специфическим осложнением является панкреатическая фистула, частота встречаемости варьирует от 0 до 50%. Появление свищей наиболее часто обусловлено разгерметизацией панкреатических протоков в следствии панкреатита культи ПЖ. Наличие большого числа абдоминальных осложнений требует наличия эффективных методов их коррекции, среди которых большое значение придаём пункционно-катетерным методам лечения. Материалы и методы. За 2016 год выполнено 36 резекций ПЖ из них 3 - дистальные с сохранением селезёнки выполнены лапароскопически. Показанием к лапароскопической дистальной резекции были доброкачественные опухоли тела и хвоста ПЖ. Результаты и обсуждение. В одном случае (пациентка 27 лет) послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка выписана на 7 сутки после операции. Осмотрена через 1 мес. Жалоб нет, на УЗИ – без

патологии, диабета нет. Во втором наблюдении (пациентка 37 лет) отмечено формирование жидкостного скопления в зоне резекции железы и субфебрилитет к 7 суткам после операции. С лечебной целью выполнено пункции (вторая через 7 дней), получен непрозрачный серозно-геморагический экссудат (посев отрицательный), с уровнем амилазы около 700Ед (норма до 110), объёмом 12 мл. Через 7 дней повторная пункция – 7 мл светлого экссудата. Пациентка выписана на 20 сутки послеоперационного периода. Контрольный осмотр через 1 мес – жалоб нет, диабета нет, полостей в проекции ПЖ нет. В третьем случае (пациентка 59 лет) развился тяжёлый послеоперационный панкреатит, который потребовал длительного лечения и неоднократного применения пункционно-катетерных способов лечения. К исходу первой недели послеоперационного периода – в эпигастрии определяется инфильтрат, постоянный субфебрилитет. При УЗ-исследовании признаки пареза кишечника и свободная жидкость в животе. Выполнено дренирование брюшной полости под УЗ наведением (дренаж 12 СН). Исследование уровня амилазы жидкости – 7 000 Ед. Одновременно эвакуировано около 1литра жидкости и в течении суток ещё около 1 литра. В дальнейшем – ежедневно от 300 до 500 мл серозной жидкости с высоким уровнем амилазы и цитологическими признаками выраженного воспаления в брюшной полости. Парез кишечника ликвидирован, но сохраняется лейкоцитоз и фебрильная температура. К концу 4 недели на УЗИ и МРТ в инфильтрате стало определяться жидкостное скопление, оттесняющее головку ПЖ кзади. Выполнено чрескожное чреспечёночное дренирование скопления. Получено около 30 мл гноя с мелкими секвестрами. К 4 суткам отделяемое по дренажу из абсцесса до 200-400мл, серозно-гнойного характера с мелкими секвестрами, уровень амилазы высокий. Количество отделяемого по первому дренажу уменьшается до 100-150 мл и продолжает уменьшаться. Всего потребовалось 32 суток дренирования абсцесса (10 суток из них – амбулаторно) до полного очищения от секвестров, стихания воспаления, восстановления нормального пассажа сока в ДПК и закрытия панкреатического свища. Выводы. При послеоперационном панкреонекрозе происходит разгерметизация крупных протоков поджелудочной железы, формируется внутренний панкреатический свищ (в брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство). Запускается процесс аутолиза тканей с выраженной воспалительной реакцией; присоединяется инфекция. Главным в лечении является ранний перевод внутреннего свища в наружный. Наиболее целесообразно достигать этой цели минимальноинвазивно (пункция и катетеризация. Наружный свищ может стать, в дальнейшем, причиной плановой операции, но он позволяет спасти жизнь при панкреонекрозе.

205. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

*Серебрянский П.В., Хубезов Д.А., Огорельцев А.Ю., Пучков Д.К., Родимов С.В.,
Игнатов И.С., Луканин Р.В., Юдина Е.А.*

Рязань

ГБУ РО "Областная клиническая больница"

Актуальность. Удельный вес геморроидальной болезни в структуре колопроктологических заболеваний составляет около 40%. Наиболее распространенным видом хирургического лечения геморроя 3-4 стадии является геморроидэктомия. На сегодняшний день для оперативного лечения геморроя применяется широкий спектр электрохирургических инструментов. Цель. Провести сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов современных методик геморроидэктомии. Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование результатов хирургического лечения больных хроническим комбинированным геморроем. исследование выполнялось с 2012 по 2015 год, было пролечено 300 пациентов в возрасте от 22 до 68 лет с хроническим геморроем 3-4 стадии. Пациенты были разделены на 3 группы в соответствии с характером произведенного вмешательства. Первую группу составили пациенты, которым выполнялась геморроидэктомия биполярным коагулятором LigaSure (100 человек). Во второй группе то же вмешательство выполнялось ультразвуковым скальпелем Harmonic (100 человек). Пациентам третьей группы геморроидэктомия выполнялась с помощью монополярного коагулятора (100 человек). Группы были сравнимы по полу и возрасту. В качестве критериев эффективности лечения использовались частота осложнений и рецидивов болезни, а также уровень болевого синдрома после операции. Результаты. Достоверных различий продолжительности операции в группах выявлено не было. Отмечено недостоверное увеличение продолжительности операции в 3 группе с использованием монополярной коагуляции. Интенсивность болевого синдрома после операции была наименьшей во второй группе (Harmonic) и наибольшей в третьей группе (монополярная коагуляция). Воспалительные изменения в области вмешательства также наименее были выражены во второй группе, а наиболее – в третьей. Среди ранних осложнений наблюдались: кровотечения, острая задержка, среди поздних осложнений: рубцовая стриктура анального канала. Кровотечения достоверно чаще наблюдались во второй группе (4%), чем в первой и третьей (1% и 2% соответственно). В двух случаях (2%) во второй группе и одном случае (1%) в третьей группе кровотечение потребовало повторного оперативного вмешательства (прошивание). Острая задержка мочи отмечалась достоверно чаще в третьей группе (3%), чем в первой и второй (по 1%). Рубцовая стриктура анального канала отмечена у одного пациента (1%) третьей группы. Частота рецидивов во всех группах за период наблюдения (до 5 лет) достоверно не отличалась. Выводы. Высокий уровень болевого синдрома в третьей группе связан, по всей видимости, с наличием лигатур в анальном канале (необходимость прошивания ножки узла) и более глубоким термическим воздействием на ткани. С этими же причинами связаны, по нашему мнению, более выраженные местные воспалительные изменения, частота острой задержки мочи и возможные рубцовые изменения анального канала. Использование ультразвукового скальпеля Harmonic ведет к снижению послеоперационной боли, однако достоверно повышает риск кровотечения. Применение биполярного коагулятора LigaSure представляется

наиболее эффективным в плане комфортности послеоперационного периода и риска осложнений, что позволяет рекомендовать его для выполнения открытой геморроидэктомии у больных хроническим комбинированным геморроем 3-4 стадии.

206.МАРКЕРЫ ФЕНОМЕНА «NO-REFLOW» В ХИРУРГИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Калинин Р.Е., Пшенников А.С., Сучков И.А., Камаев А.А., Крылов А.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Введение: Феномен «no-reflow» не специфичен для артерий нижних конечностей и может быть обусловлен рядом патологических процессов, многогранность которых определяет важность проведения экспериментальных работ в изучении данного феномена с возможностью сопоставления биохимических и морфологических изменений. Цель: Изучить биохимические и морфологические маркеры феномена «no-reflow» в хирургии артерий нижних конечностей. Материалы и методы: Исследование выполнено на 50 лабораторных животных (крысах линии Wistar массой тела 250-300 г). Создание модели реперфузии путем пережатия брюшного отдела аорты с последующим кондиционированием. В качестве контроля изучали артериальную стенку интактного животного. Изучение препаратов проводили на трансмиссионном электронном микроскопе “Libra 120” с автоматическим сканированием изображений (“Carl Zeiss”, Германия). Для оценки окислительной модификации белков использовали определение уровня карбонильных производных по R.L. Levine в модификации Е.Е. Дубининой. Результаты и их обсуждение: Таким образом, в ходе проведенного исследования доказано, что при экспериментальном моделировании реперфузии окислительный стресс развивается с 1 по 7 сутки в плазме и с 3 по 7 сутки в сосудистой стенке. Окислительного стресс как в плазме, так и в сосудистой стенке характеризуется истощением резервно-адаптационного потенциала и преобладанием вторичных маркеров на фоне активации катепсинов В и L на 3, 5, 7 сутки. Статистически достоверное преобладание вторичных метаболитов в сосудистой стенке на 3 и 5 сутки: 68,2[61,4;72,9]($p=0,001$), 66,8[59,9;72,7] ($p=0,001$), свидетельствует об усугублении окислительного стресса и необратимости патологического процесса, что отразилось в результатах электронной микроскопии: микроклазматоз внутренней плазматической мембраны эндотелиальных клеток, вследствие чего уменьшается количество рибосом и полирибосом, гибель эндотелия, разрушению ядерной мембраны и выход ядерного содержимого в просвет сосуда. Отек митохондрий, просветление матрикса, частичная или полная деструкция крист, вакуолизация, активация внутриклеточных процессов в фи-бробластах в месте разрушения эндотелиальных клеток. В настоящее время одним из наиболее важных подходов к лечению облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей служит стратегия своевременной реваскуляризации. Однако существуют

патофизиологические механизмы, способные свести к минимуму эффект реваскуляризации даже при её полной успешности. К таким механизмам относится феномен «no-reflow». Сегодня этой проблеме уделяют мало внимания. В связи с активным внедрением новых высокотехнологичных методов и возможностей, количество реваскуляризаций конечностей во многих регионах России увеличивается, а следовательно увеличивается частота «no-reflow» и актуальность его для отечественного здравоохранения. Это обуславливает необходимость понимания его клинического значения, основных механизмов возникновения и методов профилактики, лечения. Кроме того, отсутствие однозначных принципов предотвращения этого состояния свидетельствует о необходимости крупных проспективных рандомизированных исследований, посвящённых изучению феномена «no-reflow».

207.NO, HSP70 НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ХИРУРГИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Калинин Р.Е., Пшенников А.С., Сучков И.А., Виноградов С.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, РФ

Цель: Изучить динамику изменений NO, HSP70 в реконструктивной хирургии магистральных артерий. Материалы и методы: По дизайну исследование открытое, рандомизированное, проспективное, в параллельных группах, включает в себя 80 пациентов: 71 мужчины и 9 женщин, средний возраст 67,2 лет. В зависимости от степени ишемии нижних конечностей и оперативной тактики все пациенты разделены на 4 группы: 1-ая группа включила 20 пациентов IIб-III стадиями, 2-ая группа – 20 пациентов с IV стадией заболевания по классификации Fontaine, которым выполнены реконструкции PTFE-графтом. Двадцати пациентам 3-ей группы выполнены в экстренном порядке тромбэмболэктомии на фоне кардиогенной неклапанной эмболии артерий нижних конечностей. В 4-ую группу (контрольную) вошли пациенты со IIб стадией заболевания, которым оперативное лечение не проводили в виду неудовлетворительного периферического русла либо отказа пациента от операции. HSP70, NO оценивали во всех группах до оперативного вмешательства и после: 1, 2, 10 сутки, 1, 3 месяца, в контрольной группе 1, 2, 3 и 10-е сутки, 1 и 3 месяца. Работа выполнена в рамках работы над грантом президента РФ МК-1878.2014.7. Результаты. Во всех хирургических группах реперфузионный ответ направлен на повышение образования HSP 70 у 80% пациентов, тогда как клиническое подтверждение реперфузионного, постишемического синдромов выявлено только у 30% пациентов и носило только местный характер. Исходный уровень HSP 70 статистически достоверно различался во всех операционных группах: $0,79 \pm 0,06$ нг/мл, $0,65 \pm 0,04$ нг/мл, $1,12 \pm 0,14$ нг/мл ($M \pm m$, $p < 0,05$). Однако динамика изменения показателя после операции сходна во всех группах: прирост к 1-ым суткам - 41%, 50%, 9% и тенденция к равномерному снижению в последующем

послеоперационном периоде. К 10-суткам уровень HSP 70 уже ниже исходного уровня во всех группах. В четвертой группе статистически значимых изменений в определенные сроки не выявлено. Восстановление адаптационных механизмов клеточной адаптации к ишемическому и реперфузионному стрессу происходит только к 3-ему месяцу и составляет 0.42 ± 0.03 , 0.43 ± 0.02 , 0.38 ± 0.03 , 0.48 ± 0.06 нг/мл ($M \pm m$, $p > 0,05$). Выявлено заметное снижение метаболитов NO в 1-ой и 3-й группе на 4 и 20% соответственно, что связано с интрооперационной травмой эндотелия магистральной артерии вследствие катетерной тромбэмболэктомии, эндартерэктомии и имплантации PTFE-графта в стенку артерии. Необратимое повреждение эндотелия приводит к нарушению его функции и, как следствие, усугублению эндотелиальной дисфункции, которое прослеживается в течение 3-х месячного послеоперационного периода. Вывод. Изменение маркеров NO, HSP70 можно расценить как один из факторов гуморального механизма адаптации тканей к ишемии и реперфузии в хирургии артерий нижних конечностей.

208.КИСТОЗНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кригер А.Г., Паклина О.В., Смирнов А.В., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Калинин Д.В., Глотов А.В.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Актуальность. Большинство исследователей рассматривают кистозно-воспалительные изменения двенадцатиперстной кишки (ДПК) как вариант течения хронического панкреатита (ХП), однако отдельные авторы предполагают нозологическую самостоятельность кистозно-воспалительной трансформации (КВТ) ДПК, основываясь на теории независимого воспаления гетеротопированной в стенку кишки панкреатической ткани («дуоденальная дистрофия»). Данные разногласия вносят неопределенность в выбор оптимальной лечебной тактики. Существуют полярные мнения, рассматривающие приоритет либо медикаментозной терапии в сочетании с эндоскопическими манипуляциями, либо технически сложных хирургических вмешательств, возможных лишь в специализированных стационарах. Материал и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с 2004 по май 2017гг. находилось на лечении 93 пациента с КВТ ДПК. Мужчин было 87, женщин 7. Возраст больных варьировал от 29 до 73 лет, медиана составила 47 лет. Проведен сравнительный анализ результатов лечения при двух противоположных тактических подходах, заключающихся в преимущественно хирургическом лечении и в выполнении оперативных вмешательств лишь по строгим показаниям (осложнения ХП и невозможность исключить злокачественную опухоль). Кроме того, с целью получения дополнительных данных о морфологических изменениях при КВТ произвели детальную оценку гистологических препаратов, изготовленных на основе операционного

материала. Результаты. Клинические проявления КВТ не отличались от проявлений ХП и у большинства пациентов состояли из болевого (99%) и диспепсического синдромов (58,7%), сопровождающихся потерей массы тела (67,4%). Механическая желтуха была у 20 больных (21,7%), из которых у 8 она имелась на момент поступления в Институт. Декомпенсированный дуоденальный стеноз имелся у 6 пациентов (6,5%). С 2004 по 2013 годы всем пациентам выполнены открытые полостные операции (n-64). С 2014 года радикально оперировано 19 больных, внутрисветные эндоскопические вмешательства выполнены 4 больным, консервативная терапия проведена у 6. В группе 2004-2013гг. уровень послеоперационных осложнений составил 46,9%, у 9 пациентов было выполнено 18 релапаротомий, 1 из больных умер (1,5%). Начиная с 2014 года, ни один больной не был повторно оперирован под общим обезболиванием, летальных исходов не было, уровень послеоперационных осложнений - 31,6%. В отдаленном периоде боли полностью отсутствовали у 32 пациентов (65,3%), у 15 больных (30,6%) выраженность болевого синдрома значительно уменьшилась, 1 пациент сообщил об отсутствии эффекта от операции (ПДР). Значимых отличий между группами в зависимости от вида хирургического вмешательства и тактического подхода не получено. В группе медикаментозного и эндоскопического лечения у всех 10 пациентов достигнут хороший клинический результат, за время наблюдения с медианой 15 месяцев (диапазон от 4 до 32) радикальные оперативные вмешательства им не потребовались. При гистологическом исследовании во всех наблюдениях в стенке ДПК обнаружены многочисленные кисты и обширный гиперклеточный фиброз в подслизистом слое и в мышечной оболочке. Ни в одном из случаев в стенке ДПК не было обнаружено аберрантной поджелудочной железы (ПЖ). Элементы панкреатической ткани в медиальной стенке ДПК выше уровня большого сосочка обнаружены у 21 из 59 больных (35,6%): у 14 – только резидуальные протоки без ацинусов; у 2 – резидуальные протоки с наличием рядом расположенных эндокринных островков. Лишь у 5 больных (8,5%) в стенке ДПК обнаружены протоково-ацинарные комплексы. При исследовании препаратов ПЖ, полученных после 78 резекционных операций, изменения во всех наблюдениях соответствовали классической картине ХП. Заключение: морфологический анализ операционного материала доказывает, что КВТ является осложнением или вариантом течения ХП. Консервативная тактика наиболее целесообразна при отсутствии инструментальных признаков поражения ПЖ. При наличии осложнений ХП, сочетающихся с КВТ, показано хирургическое лечение.

209. ОСНОВНЫЕ ШАГИ В РЕАЛИЗАЦИИ ПЛАНА РАЗВИТИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В РЕГИОНАЛЬНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Шинкарев С.А., Ботов А.В.

Липецк

Областной онкологический диспансер

За последние 10 лет по всему миру малоинвазивные операции при злокачественных новообразованиях заняли более чем достойное место. В России, при том, что во многих клиниках объем вмешательств у онкологических пациентов не уступает лучшим зарубежным показателям, в целом картина очень пестрая. Особенно эта неравномерность характерна для региональных онкологических диспансеров. В Липецком областном онкодиспансере лапароскопическое оборудование имеется с 1996 года, а оборудование должного уровня с 2006 года, однако до 2013 года объем вмешательств ограничивался диагностическими процедурами и «малыми» операциями. И это несмотря на то, что многие оперирующие онкологи прошли усовершенствование по лапароскопическим операциям в различных ВУЗах России. В 2012г администрация ЛООД приняла курс на развитие малоинвазивной хирургии. Были предприняты планомерные и целенаправленные шаги, которые дали результаты. Так, если в 2011 году «большие» операции практически не выполнялись, то за 2012-2016 годы отмечена следующая динамика: экстирпация матки 1-2 типа --16-32-56-85-83; нефрэктомия— 2-19-43-56-61; резекция почки – 0-2-17-26-29; операции на ободочной кишке – 9-12-46-47-67; операции на прямой кишке – 0-5-16-25- 28; радикальные операции на желудке – 0-0-12-20-30; прочие (в том числе лобэктомия + СМА, простатэктомия) – 30-17- 48-100-116. За первые 6 месяцев 2017 года данных вмешательства составил от 33% при радикальных операциях по поводу рака желудка, до 46% при органосохранном лечении рака почки. Мы выделили проблемы и ключевые моменты реализации данного направления. Основными пунктами в порядке убывания являются: желание администрации видеть данный спектр вмешательств в арсенале лечебного учреждения, наличие соответствующей аппаратуры, наличие хотя бы одного опытного в открытых и лапароскопических вмешательствах хирурга на «освобожденной» должности, желание онкохирургов осваивать данное направление.

210. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕМОБЛОК ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Орлов П.С. (1), Предыбайлов Ю.С. (1), Иванова Т.В. (2)

Иваново

ОБУЗ «Ивановская Областная клиническая больница» (1), ИПО ИвГМА (2)

Целью настоящего исследования является определение эффективности использования препарата Гемоблок для эндоскопического гемостаза (ЭГ) при кровотечениях из ВОПТ. Материалы и методы Осмотрено 43 пациента, эндоскопический осмотр осуществлялся видеосистемой EVIS EXERA II (OLYMPUS). Из общего числа обследованных выделено 3 группы пациентов. I группа – 13 пациентов с язвой желудка, осложненной кровотечением. В данной группе кровотечение по Forrest IA встречалось у 2 пациентов, по Forrest IB у 5 пациентов, по Forrest IIA у 2 пациентов, по Forrest IIB у 3 пациентов, по Forrest IIC у 1 пациента. II группа – 19 пациентов с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. В данной группе кровотечение по Forrest IB встречалось у 7 пациентов, по Forrest IIA у 4 пациентов, по Forrest IIB у 5 пациентов, по Forrest IIC у 3 пациентов. III группа – 11 пациентов с эндоскопической папиллотомией (ЭПТ), осложненной кровотечением. Эндоскопический гемостаз осуществлялся тремя способами: аппликационным, инъекционным и инфильтрационным (создание инфильтрата из препарата Гемоблок при введении его через канюляционный катетер, тесно упирающийся в край папиллотомной раны). Первый способ был применен у 42 пациентов, второй у 18 пациентов, третий способ применялся у 11 пациентов (только IIIя группа). Результаты и выводы Из общего количества пациентов (25) с продолжающимся кровотечением (Forrest IA,B, кровотечение после ЭПТ) добиться устойчивого гемостаза удалось у 24 (96%) пациентов. В IIIй группе пациентов все случаи кровотечения удалось остановить по описанной выше методике. Рецидивов кровотечения не было. 1 пациенту по экстренным показаниям выполнена операция с благоприятным исходом, – ЭГ провести не удалось из-за трудностей обкалывания при выраженной рубцовой деформации ЛДПК. 1 пациент (II группа) скончался от прогрессирования основного общесоматического заболевания (ХПН). У пациентов с признаками состоявшегося кровотечения (Forrest IIA,B,C), у которых производилось обкалывание с целью профилактики рецидивов, повторный эпизод кровотечения в ближайшие 4 суток возник у 4 пациентов. После повторного обкалывания рецидивов не было отмечено. Таким образом, препарат Гемоблок демонстрирует достаточно высокую эффективность эндоскопического гемостаза, будучи примененным инъекционно (при всех кровотечениях по Forrest) и инфильтрационно (в случае с кровотечениями после ЭПТ). Аппликационный способ применения препарата Гемоблок эффективен в ограниченном количестве случаев, лишь у пациентов с неинтенсивным продолжающимся кровотечением (Forrest IB) и состоявшимся кровотечением (Forrest IIA,B,C).

211. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В КОМБИНАЦИИ С МОДИФИЦИРОВАННЫМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПОСОБИЕМ

*Стручкова Е. Ю., Калмыков А. В., Шитиков Е. А.,
Могильницкий И. Е., Воронцов А. В., Бархатова И. В.*

Москва

ГБУЗ г. Москвы ГКБ № 52 ДЗ г. Москвы

Актуальность. Проблема доступности и безопасности лечебно-диагностического эндоскопического исследования, выполняемого в условиях общей анестезии, в стационарах экстренной медицинской помощи остается крайне актуальной для врачей-анестезиологов и врачей-эндоскопистов. Выполнение плановых и экстренных эндоскопических исследований, оценка состояния слизистой верхних отделов ЖКТ, поиск, анализ и выполнение эндоскопического гемостаза при источниках ЖКК, оперативные пособия, включая ЭРХПГ, значительно улучшаются в условиях общего обезболивания. Одновременно с этим, исследование верхних отделов ЖКТ в условиях внутривенной общей анестезии потенциально опасно развитием осложнений аспирационно-гипоксического характера. Цель исследования. Оценить возможность применения модифицированной гастро-ларингеальной трубки в условиях стационара для оказания экстренной медицинской помощи при анестезиологическом пособии на плановых и экстренных эндоскопических исследованиях и операциях. Материалы и методы. В нашей практике мы используем модифицированную гастро-ларингеальную трубку как разновидность пищевода обтуратора с манжетами для раздувания в пищеводе и ротоглотке, что обеспечивает при правильных условиях и постановке полноценное разграничение дыхательного и пищеварительного трактов и герметизацию дыхательных путей. Одновременно в указанной трубке имеется широкий пищеводный канал с диаметром 13,8мм, позволяющий провести эндоскопы диаметром, не превышающим указанную величину (видеогастроскоп, видеодуоденоскоп). В условиях скоромощного многопрофильного стационара в качестве компонента анестезиологического пособия указанная трубка имеет значение при следующих эндоскопических диагностических и лечебных манипуляциях: диагностическая ЭГДС, лигирование варикозно-расширенных вен пищевода, оперативные манипуляции на слизистой пищевода, желудка и 12ПК – резекция и диссекция слизистой, баллонная дилатация и бужирование стриктур верхних отделов ЖКТ, эндопротезирование стриктур верхнего отдела пищеварительного тракта, эндоскопические ретроградные вмешательства на желчных протоках. Отмечено удобство указанных эндоскопических манипуляций для оператора в условиях релаксации стенки ЖКТ, прецизионное воздействие на объект исследования и операции, возможность многократного безопасного извлечения и повторного введения эндоскопа, минуя верхний пищеводный сфинктер, использование любой позиции пациента ввиду защищенности дыхательных путей (на боку, на спине, на животе). Через дыхательный канал обеспечивается как спонтанное дыхание пациента, так и, по показаниям, вспомогательная или искусственная вентиляция легких. Установка гастро-ларингеальной трубки позволяет избегать потенциальных осложнений, связанных с интубацией трахеи и проводить исследования при эндоскопических диагностических и лечебных манипуляциях в

условиях тотальной внутривенной анестезии без использования миорелаксантов, что способствует более быстрому восстановлению активности пациента. Выводы. Использование гастро-ларингеальной трубки в рутинной практике в условиях эндоскопического отделения многопрофильного скорпомощного стационара при длительных диагностических исследованиях и оперативных внутрипросветных эндоскопических вмешательствах позволяет врачу-эндоскописту спокойно проводить диагностический поиск, сложнейшие эндохирургические внутрипросветные операции на верхнем отделе пищеварительного тракта, тем самым достигая улучшения результатов лечения.

212. ИЗЪЯЗВЛЕННАЯ ФОРМА КАРЦИНОИДА ТЕЛА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННАЯ ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Стручкова Е. Ю., Мударисов Р. Р., Могильницкий И. Е., Воронцов А. В.,
Бархатова И. В., Шитиков Е. А., Варясин В. В.*

Москва

ГБУЗ г. Москвы ГКБ № 52 ДЗ г. Москвы

Актуальность. Карциноид – морфологически неоднородная группа новообразований из J-клеток нейроэндокринной системы. Частота встречаемости карциноида составляет 0,1-0,5% всех опухолей. Карциноид желудка составляет 0,3% всех опухолей желудка. Сложность диагностики карциноидов позволяет предположить, что частота их распространения значительно выше. Цель презентации. Выделить редкое клиническое наблюдение изъязвленной формы карциноида тела желудка, осложненного рецидивирующим желудочным кровотечением и тактику его лечения. Материалы и методы. Больная, 57 лет, была переведена из отделения нефрологии, где она проходила лечение по поводу ТХПН, в нефрореанимационное отделение с клинической картиной ЖКК (рвота кровью, слабость, Нв 85 г/л). Из анамнеза известно, что у больной ТХПН, программный перитонеальный диализ с 2017г., секторальная резекция молочной железы по поводу раннего рака в 2014г. Последний раз ЭГДС выполнялась около 10 лет назад. При ФЭГДС в теле желудка визуализирован большой до 8см сгусток крови, по отмывания ит удаления сгустка по большой кривизне на границе в/3 и ср/3 тела желудка определяется кратерообразное изъязвление размерами 8х10мм овальной формы, с мягкими, приподнятыми краями и кратерообразным глубоким дном с признаками состоявшегося кровотечения, выполнен первичный инъекционный гемостаз. При контрольном осмотре через 12 часов при ЭГДС выявлен рецидив кровотечения, неинтенсивное поступление свежей крови из изъязвления, проведен повторный гемостаз - АПК, отмечено снижение Нв с 85 до 62 г/л. Больная обсуждена на консилиуме: ввиду неясности генеза образования, высокого риска рецидива кровотечения после проведенного комбинированного эндоскопического гемостаза, тяжелой анемии решено выполнить экстренное оперативное лечение. Результаты. Оперативное лечение через 18 часов от

выполнения первичной ЭГДС: лапароскопическая продольная клиновидная резекция желудка с интраоперационной навигационной ЭГДС, дренирование брюшной полости. На лапароскопии изменений со стороны брюшной полости и серозной оболочки желудка не выявлено. Послеоперационный период гладкий, проводилась коррекция тяжелой анемии, больная выписана через 9 суток с рекомендациями комплексного обследования и наблюдения у онколога по м/ж. При плановом гистологическом исследовании удаленного препарата желудка – опухоль, имеющая строение карциноида с изъязвлением и прорастанием в подслизистый слой, края резекции свободны от опухоли. Выводы. Дальнейшее изучение новообразований из клеток нейроэндокринной системы остается крайне актуальной проблемой. Невозможность четко определить прогноз рецидива кровотечения из изъязвленных форм указанных опухолей диктует активную хирургическую тактику лечения с применением современных лапароскопических технологий, что позволяет в оптимальные сроки выполнить необходимый объем оперативного пособия с хорошим клиническим результатом.

213.СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЭНЕРГИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Пучков К.В. (1,2), Евстратов Р.М.(2)

Рязань. Москва

- 1) Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова
- 2) Швейцарская университетская клиника

Наша работа посвящена сравнению различных систем для резекции и лигирования тканей при оперативных вмешательствах на надпочечниках. Цель работы: усовершенствовать технику резекции надпочечников при различных доброкачественных новообразованиях с применением современных инструментальных методов обработки культи и дополнительных средств гемостаза и оценить хирургические результаты таких вмешательств. Материалы и методы Показанием к выполнению лапароскопического вмешательства на надпочечнике было наличие визуализированного методами лучевой диагностики и верифицированного при тонкоигольной аспирационной биопсии новообразования правого и/или левого надпочечника размерами от 3 до 10 см У всех пациентов операции были выполнены из трансперитонеального доступа. Пациент находился в положении лежа на спине с поворотом стола на 250 . В общей сложности было выполнено 56 адреналэктомий и 31 резекция надпочечника Техника операции при адреналэктомии: на первом этапе производился поиск центральной вены надпочечника. После чего на нее либо накладывались три клипсы, либо она пересекалась аппаратом LigaSure 5 мм. Именно такой размер аппарата позволяли менее травматично выделить и пересечь вену правого надпочечника, учитывая ее малые размеры. При лигировании вены левого надпочечника возможно применение аппарата LigaSure 10 мм.

Пересечение вены выполнялось нами до широкого выделения надпочечника, как правило, сразу после его идентификации и минимальной диссекции. На наш взгляд этот прием позволяет создать условия для предотвращения массивного поступления гормонов надпочечника в венозное русло с угрозой адреналового криза. Мобилизация надпочечника начиналась с его нижнего полюса, и затем продолжалась максимально близко к его капсуле сначала по латеральной и задней поверхности железы, затем, на окончательном этапе диссекции, – по медиальной поверхности. Важным этапом адреналэктомии являлось аппаратное пересечение единым блоком надпочечниковых артерий, для чего нами применялся аппарат LigaSure. Такая обработка сосудистой ножки надпочечника позволяет не только сократить время, затрачиваемое на идентификацию, клипирование и пересечение надпочечниковых артерий, но и сделать гемостаз более надежным. Основываясь на данных полученных при лучевой визуализации забрюшинного пространства в предоперационном периоде оценивалась возможность выполнения органосохраняющей операции при новообразованиях надпочечников, но окончательное решение принималась интраоперационно. При выполнении резекции надпочечника его ткань постепенно сдавливалась браншами аппарата, благодаря чему обеспечивалась постепенная подача термической энергии, что позволяло предотвратить термический некроз тканей, а также их адгезию к браншам аппарата. Во всех случаях проводился тщательный визуальный контроль гемостаза по линии резекции надпочечника. При недостаточном гемостазе для обработки культи надпочечника нами применялись полисахаридные гемостатические системы. При небольших новообразованиях, расположенных по периферии надпочечника, в тех случаях, когда его ткань выглядела неизменной или с минимальными изменениями, в двух случаях нам удалось выполнить резекцию органа, применяя только монополярную энергию, еще в двух случаях монополярная коагуляция была дополнена применением гемостатических систем PerClot или Тахокомб. Такую «упрощенную» технику резекции нам удалось применить только в четырех случаях. При этом, средняя продолжительность операции составила 90 минут, средняя кровопотеря – 150 мл (от 100 до 200 мл), продолжительность госпитализации – 4–6 дней. При операциях на надпочечнике, с новообразованием в нем более 4 см, в большинстве случаев мы использовали аппарат LigaSure 5 мм. Такой размер аппарата позволял менее травматично проводить мобилизацию органа и магистральных сосудов, а также максимально сохранить здоровые ткани без ущерба гемостазу при выполнении резекции. При этом гемостатические системы использовались только у 12 пациентов. Среднее время операции составило 55 минут ($p < 0,05$), средняя кровопотеря – 50 мл (от 30 до 80 мл, $p < 0,05$), продолжительность госпитализации – 2–3 суток. При резекциях надпочечников по поводу кист нами применялся универсальный ультразвуковой скальпель Ethicon 5 мм. В пяти случаях нами была выполнена резекция капсулы кисты. Стенка кисты, прилежащая к ткани надпочечника, дополнительно обрабатывалась аргон-усиленной плазмой, что позволяло достичь сохранения максимального объема ткани надпочечника и минимизировать вероятность выраженного нарушения гормонального статуса в послеоперационном периоде. Среднее время операции составило 65 мин., средняя кровопотеря – 90 мл (от 60 до 120 мл), продолжительность госпитализации – 3–4 суток. В 10 случаях применения ультразвукового скальпеля для достижения адекватного гемостаза потребовалась дополнительная обработка культи биполярной энергией и/или применение гемостатических систем, однако это оказало существенного влияния на продолжительность операции. У 12 пациентов операции на надпочечнике были выполнены аппаратом Thunderbeat при этом размеры новообразования

составили 3,3–7,3 см. Дополнительной обработки культи надпочечника для достижения полноценного гемостаза не потребовалось. Среднее время операции составило 50 минут ($p < 0,05$), средняя кровопотеря – 50 мл (от 30 до 80 мл, $p < 0,05$), продолжительность госпитализации – 2–3 суток. Статистически значимые отличия в отношении среднего времени операции и среднего объема интраоперационной кровопотери были выявлены при обработке культи надпочечника аппаратами Thunderbeat и LigaSure 5 мм. Осложнения и результаты. Нами было выявлено три случая интраоперационных осложнений. В двух случаях – повреждение капсулы селезенки и в одном случае – повреждение капсулы печени. У всех пациентов кровотечение было быстро остановлено поверхностным коагуляционным гемостазом, дополненным применением аппликационных гемостатических систем. У одного пациента при удалении феохромоцитомы во время операции было отмечено два эпизода артериальной гипертензии, которые были эффективно купированы медикаментозными средствами. Случаев конверсии, значимого изменения запланированного объема операции, летальных исходов в нашем исследовании не было. Отдаленные результаты были прослежены нами у 40 пациентов. Средний срок наблюдения составил 14 месяцев (от 6 до 22 месяцев). Случаев рецидива кист, аденом, а также местных рецидивов злокачественной опухоли выявлено не было. При резекции надпочечника средняя продолжительность операции составила 68 мин, объем кровопотери 90мл, время госпитализации – 2,7сут, осложнений не было. При адреналэктомии средняя продолжительность операции составила 53 мин, объем кровопотери 58мл, время госпитализации – 2,6сут, осложнения- повреждение капсулы селезенки – 2 случая, повреждение капсулы печени – 1 случай. При сравнении видов энергии: использование дополнительного гемостаза потребовалось в 12 случаях при работе с LigaSure, в 10 случаях при работе с УЗ-ножницами, не потребовалось при работе с Thunderbeat. Время операции с LigaSure – 55мин, с УЗ-ножницами – 60мин, с Thunderbeat – 50мин, при использовании только моно и биполярной энергии – 90мин. Дополнительное использование гемостатических систем (PerClot Tachocomb) при работе с LigaSure – 2случая, с УЗ-ножницами – 6 случаев, с Thunderbeat – 0случаев, при использовании только моно и биполярной энергии – 2 случая. Выводы. Выполнение резекции надпочечника с применением современных видов энергии для лигирования тканей и так же методов гемостаза а так же объективных методов предоперационного планирования по данным методов лучевой визуализации позволяет достоверно сократить продолжительность операционного вмешательства и объем интраоперационной кровопотери, по сравнению с монополярной и биполярной энергиями; а кроме того, избежать повреждения паренхиматозных органов и конверсии даже при крупных новообразованиях и в случаях сложной анатомо-топографической ситуации в забрюшинном пространстве, включая случаи прилегания надпочечника к диафрагме, области ворот почек, нижней полой и селезеночной венам. Рекомендации. На основании полученных нами данных о современных возможностях лучевой оценки анатомических особенностей органов и сосудов забрюшинного пространства, а также высокой информативности и специфичности биопсии новообразований, расположенных в проекции надпочечников и возможностей современных средств аппаратной обработки надпочечника обеспечивающих быстрый и надежный гемостаз., мы считаем, что в отобранных случаях резекция надпочечников может быть выполнена при новообразованиях, размер которых не превышает 2,5–3 см. При этом возможность выполнения органосохраняющей операции при новообразованиях надпочечников может быть определена непосредственно в ходе оперативного вмешательства. На наш взгляд, такой подход безусловно способствует увеличению

вероятности возможности выполнения органосохраняющей операции, минимизации хирургической травмы, а также скорейшей нормализации гормонального статуса и полноценной реабилитации пациентов.

214. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кривошеков Е.П. (1), Ельшин Е.Б. (2), Романов В.Е. (3), Григорьева Т.С. (4)

Самара

1) ФГБОУ ВО СГМУ, 2) ГБУЗ СО СГКБ №8, 3) ТФОМС Самарской области, 4) ГБУЗ СОКОД.

Актуальность. Наиболее частое осложнение хронической венозной недостаточности- это трофические язвы нижних конечностей. В России этим страдает более 5 млн. человек. И врачи часто сталкиваются с необходимостью длительного лечения данного осложнения. Это определяет необходимость в поиске новых, современных средств лечения данного, весьма распространенного заболевания. Материалы и методы. Исследование включало 66 пациентов с трофическими язвами нижних конечностей венозного генеза. Женщин - 58 (87,9%), мужчин - 8 (12,1%). Средний возраст - 56±2,5 года. Всех больных госпитализировали, так как предварительное лечение на амбулаторном этапе - было не эффективным. Всем им назначалась базисная медикаментозная терапия: венотоник (Флебодия 600- по 600 мг. утром натощак курсом 2 месяца), антибактериальная терапия (цефотаксим или цефтриаксон по 1,0 г в сутки в/в, и Авелокс по 400 мг в сутки per os), сулодексид (Вессел- Дуэ Ф - по 600 ЛЕ на 100 мл. физ. раствора в/в капельно медленно, курсом – до 7 инфузий, а затем - по 1 капсуле 250 ЛЕ 2 раза в сутки – до 14 суток в целом), сеансы ГБО, компрессионная терапия (эластичные бинты или трикотаж 2 класса компрессии). Пациентов разделили на три схожие группы. В 1 группе (n=20) – назначалась базисная терапия и местное лечение трофической язвы ежедневными перевязками с водными растворами антисептиков. Во 2 группе (n=26) - помимо базисного лечения, проводили местное лечение трофической язвы водорастворимыми мазями: в фазе экссудации применяли Левомеколь 1 раз в 2 суток. А во 2 фазу раневого процесса- повязки с мазью цинка гиалуроната 1 раз в 2-3 суток. В 3 группе (n=20) - помимо обязательного базисного лечения использовали современные перевязочные средства: в фазе экссудации ВоскоПран с мазью диоксидина 5% 1 раз в 2 суток. А во 2 фазу- повязки ВоскоПран с мазью метилурациловой 10% 1 раз в 2-3 суток. При выраженном болевом синдроме - применялся ГелеПран с лидокаином. Результаты. У всех пациентов 1 группы – до 14-16 суток сохранялись боли, чувство тяжести в ногах, гиперемия и отек вокруг язвы. Во 2 группе – на 7+2 сутки произошло уменьшение болей, отека и чувства тяжести в ногах у 17 человек (65,4%). В 3 группе - все это купировалось на 7+2 сутки у 18 человек (90%), а у остальных - на 10-11 сутки. При исследовании цитогрaмм венозных трофических язв в каждой группе пациентов на 1-е

сутки отмечено преобладание воспалительного (41%) и воспалительно-дегенеративного (59%) типов цитогрaмм. На 14 день лечения в 1 группе воспалительно-дегенеративный тип уменьшился на 40+1,6%, во 2 группе - уменьшился на 50,6+1,5 %, а в 3 группе – уменьшился на 73,5+1,3%. Регенераторный тип на 14 день лечения в 1 группе определялся только у 2 больных (10%), во 2 группе - у 12 больных (46,1%), а в 3 группе - у 17 человек (85,0%). Динамика изменения микробного спектра в язве у пациентов каждой групп сложилась следующая. Ведущая микрофлора до начала лечения во всех группах – практически не отличалась и составила: Staphylococc. aureus 35,8 %, Staphylococc. epidermidis 25,6 %, Enterococcus faecalis 19,2 %, Proteus vulgaris 8,6% , Proteus mirabilis 5,6 %, Staphylococc. gallinarum 5,2 %. Через 14 суток проводимого лечения в 1 группе пациентов микробный спектр в ране составил: Staphylococc. aureus 21,3% , Staphylococc. epidermidis 19,3% , Proteus vulgaris 10,2%, данных за флору нет - 49,2%. Во 2 группе: Staphylococc. aureus 8,8%, Staphylococc. epidermidis 12,8%, Proteus vulgaris 4,2%, флоры нет - 74,2%. В 3 группе микробный спектр раны значительно лучше: Staphylococc. aureus 2,0%, Staphylococc. epidermidis 2,4%, флоры нет - 95,6%. Переход раневого процесса во 2 фазу был отмечен в 1 группе в среднем на 16+2 сутки, во 2 группе – на 14+2 сутки, а в 3 группе пациентов - на 10+2 сутки. Выводы. Явная положительная динамика раневого процесса, улучшение состояния пациентов, отсутствие осложнений–говорят о целесообразности предпочтения современным перевязочным средствам в комплексном лечении венозных трофических язв нижних конечностей.

215.ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Оралов А.М., Кукушкин А.В., Пануев А.В.

Иваново

ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ.

Актуальность. В мире ежегодно проводится более 2,5 млн. вмешательств по поводу желчнокаменной болезни. В арсенале хирурга сегодня имеются три основные технологии: традиционная холецистэктомия, видеолапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из мини-доступа с использованием комплекта инструментов «Мини-Ассистент». Любой способ оперирования может сопровождаться развитием осложнений, из которых интраабдоминальные инфекционные представляют большую опасность. В профилактике этих осложнений важную роль играет качественный гемостаз ложа желчного пузыря. В связи с этим поиск новых методов окончательного гемостаза этой зоны является актуальным. Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов применения различных методов гемостаза ложа желчного пузыря в ходе выполнения традиционной холецистэктомии при остром флегмонозном калькулезном холецистите. В первой группе мы использовали механический метода гемостаза, который включал наложение гемостатического шва на ложа желчного пузыря кетгутуовой нитью (контрольная группа). Во

второй группе применяли химический метод гемостаза который включал обработку ложа ЖП препаратом «Гемоблок», путем пропитывания салфетки препаратом и установки её в предварительно осушенное ложе ЖП на 1,5 мин (основная группа). Полученные результаты. Контрольная группа составила 26 пациентов, средний возраст $61,8 \pm 17,5$ лет. Большинство были женщины 20 (76,9%). У 1 (3,8%) пациента развилось внутрибрюшное осложнение (поддиафрагмальный абсцесс), что потребовало релапаротомии. У 5 (19,3%) пациентов наблюдалось нагноение послеоперационной раны. Среднее время пребывания в стационаре составило $16,6 \pm 3,9$ дней. В группе сравнения, которая составила 20 пациентов средний возраст $69,7 \pm 8,1$ год, с преобладанием женщин 18 (90%), осложнений выявлено не было. Средние сроки лечения составили $10,1 \pm 2,1$ дней. Обсуждение. Развитие инфекционных осложнений в контрольной группе сопоставимо с данными литературы. Но при использовании в качестве средства для гемостаза ложа желчного пузыря препарата «Гемоблок» снижалось количество инфекционных осложнений у пациентов с острым калькулезным холециститом. Средние сроки лечения пациентов в контрольной и группе сравнения сопоставимы, но в группе сравнения отмечена тенденция уменьшения общего койко-дня. Проблема требует дальнейшего детального изучения. Выводы. Использование отечественного препарата «Гемоблок» в ходе выполнения экстренной холецистэктомии снижает количество внутрибрюшных и раневых осложнений.

216. ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ПЕРВУЮ ФАЗУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Новиков С.В., Рогаль М.Л., Кузьмин А.М., Богницкая Т.В.

Москва

ГБУЗ Научно-исследовательский институт скорой помощи им.Н.В. Склифосовского

Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) в России регулярно выходит на первое-второе места в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Дифференциальная диагностика ОП затруднена на фоне интенсивной терапии, действия лекарственных, токсических, наркотических веществ, при изменениях вызванных сопутствующими заболеваниями, сочетанной травмой, при подозрении на прикрытую перфорацию полого органа, мезентериальный тромбоз, при хронической сердечной недостаточности, опухолевом поражении, при избыточной массе тела. Начало ОП имеет общие патогенетические механизмы характерные для первой фазы, вне зависимости от тяжести развития ОП. В большинстве клиник основным или единственным методом неинвазивной визуализации является ультразвуковое исследование (УЗИ). Ультразвуковые (УЗ) признаки ОП описаны в специализированных публикациях и в различной комбинации в различной степени проявления встречаются при каждом ОП. Однако они не строго специфичны, и не всегда возможно однозначно судить о наличии или отсутствии ОП. Специфичность УЗ признаков ОП первых 7 суток не всегда позволяет однозначно

верифицировать ОП. Чувствительность УЗИ в эти сроки варьируется 50-78%, а при тяжелом ОП составляет 50-93%, при специфичности - 20,0%, точности – 37%. Этого не всегда достаточно для эффективной применения УЗИ в ранней диагностике ОП и формирования тактики лечения с первых часов госпитализации, начала своевременной интенсивной терапии, от которой зависит положительный прогноз (WGIAP/APA, 2013). Цель. Улучшить результаты диагностики больных ОП путем применения усовершенствованной методики ультразвуковой диагностики в первой фазе заболевания. Материалы и методы. В период 2010-2016 г.г. госпитализировано 7810 пациентов (интервал от 879 до 1323) у которых проводилась дифференциальная диагностика острых заболеваний с ОП. Из них ОП подтверждено у 2021 (интервал от 603 до 1015) - 74% (интервал от 63% до 81%). Диагностика методами визуализации всегда начинается с УЗ исследования для установления диагноза ОП или его исключения эхопризнаков. Для определения некроза, его локализации и объема в ПЖ выполняли компьютерную томографию (КТ) с внутривенным контрастированием. В зависимости от локализации, объема и скорости трансформации общих и местных осложнений, КТ дифференцировано применяли во все фазы ОП. Лечение с первых часов госпитализации начиналось с комплекса интенсивной терапии, минимально инвазивных чрескожных методов под УЗ наведением, в различной комбинации и последовательности. Результаты. В первые 7 суток от начала заболевания поступили 3827 (49%) пациентов. Из них ОП (по законченному случаю) подтвержден у 612 (16%) пациента. Из них при первичном УЗИ в приемном отделении удалось достоверно визуализировать ПЖ у 569 (93%) пациентов. На основании проведенных исследований выявлены специфические для ОП изменения брюшины, фасций, рыхлой соединительной ткани, стромальных элементов ткани ПЖ в специфических зонах. Изменения только в одной из четырех специфических зон были выявлены у 85 (15%), одновременно в двух зонах – 279 (49%) , в трех – 154 (27%), во всех четырех – 51 (9%). У пациентов с неподтвержденным ОП УЗИ не выявило специфических изменений в указанных зонах. С учетом выявленных признаков разработан «Способ ультразвуковой диагностики острого панкреатита в первую фазу заболевания» (решение ФИПС о выдаче патента от 18.05.2017, No: 2016119257/14(030314)). Способ позволяет в первой фазе, до развития неспецифических УЗ признаков ОП или на их фоне, достоверно подтвердить или исключить факт ОП, в условиях прямой УЗ визуализации ПЖ. Способ позволил в первые часы (сутки) госпитализации быстро сортировать пациентов, своевременно начинать инфузионную, патогенетическую терапию при подтверждении ОП или проводить дальнейшие диагностические и лечебные мероприятия по иному алгоритму при исключении ОП. Вывод. Усовершенствованная методика УЗ диагностики ОП в первую фазу позволяет достоверно подтвердить или исключить факт ОП, в условиях визуализации ПЖ.

217. ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ III СТЕПЕНИ

Нечай В.С., Данилов В.Ю., Петнюнас А.С., Дорофеев Д.А., Захарова Е.А.

Тула

ГУЗ ТО Тульская областная клиническая больница

Актуальность. Распространенность ахалазии кардии (АК) составляет 10 случаев на 100 000 населения. Наиболее часто заболевание встречается в трудоспособном возрасте, часто приводит к алиментарной недостаточности и инвалидизации пациента. Риск возникновения рака пищевода на фоне АК увеличивается в 15-30 раз, что диктует необходимость более раннего выявления и лечения этой группы больных. Медикаментозная терапия АК имеет исключительно вспомогательное значение. Вопрос о преимущественном варианте вмешательства (кардиодилатация или кардиомиотомия) обсуждается до сих пор. При этом признается, что в отдаленные сроки (более 5–10 лет) после кардиодилатации практически все больные АК повторно обращаются с более тяжелыми проявлениями заболевания. Если в отношении пациентов с АК IV стадии вопрос о радикальном оперативном лечении (резекция пищевода с одномоментной его пластикой), как правило, не вызывает сомнений, то в отношении больных с III стадией заболевания вопрос о хирургической тактике полностью не решен. На сегодняшний день наиболее распространенным способом лечения АК признана разработанная Е. Heller в 1913 г. передняя вертикальная внеслизистая эзофагокардиомиотомия. При этом после операции Геллера у каждого третьего больного развивается рецидив и у 9-14% пациентов эффекта от операции отсутствие. Неудовлетворительные результаты связывают с неполным рассечением мышц кардии из-за опасности повредить слизистую пищевода. В то же время нередко после операции развивается недостаточность кардии с развитием в дальнейшем рефлюкс-эзофагита и пептических стриктур пищевода, пищевода Барретта и рака пищевода. Некоторые авторы считают рефлюкс-эзофагит частым и тяжелым осложнением операции Геллера и обнаруживают его у 14–37% больных. По данным ряда авторов высокую эффективность показала лапароскопическая методика устранения АК (операция Геллера – Дора). Цель исследования. Изучить возможности проведения видеоэндоскопических операций в лечении АК III ст. Оценить течение послеоперационного периода и послеоперационные осложнения у пациентов после применения видеоэндоскопических методов лечения. Материалы и методы. В своей работе мы придерживаемся классификации АК по Б.В. Петровскому. За 2015-2016 гг. в хирургическом торакальном отделении Тульской областной клинической больницы было пролечено 30 пациентов с АК. Из них 26 первично либо повторно был выполнен курс пневмокардиодилатации. Двоим с АК IV ст. выполнена резекция пищевода с его пластикой. Эндоскопически было оперировано 14 пациентов с АК III (11 чел.) и IV ст. (3 чел.). Ранее большинству (10) из них был выполнен курс пневмокардиодилатации под контролем рентгеноскопии с временным положительным эффектом. При этом пациентам до 40 лет (4/14) операция предлагалась уже при первом эпизоде обращения. Длительность заболевания до обращения составила от 10 мес до 15 лет. До операции по данным рентгеноскопии пищевод был расширен в пределах 4-11 см. Всем пациентам с АК III-IV ст. выполнена лапароскопическая операция Геллера-Дора, при этом желудок подшивался к обеим сторонам рассеченного мышечного слоя пищевода и желудка. Результаты и

обсуждения. Отличные и хорошие результаты лапароскопического лечения пациентов АК были достигнуты у 86% больных, что коррелирует с общемировой статистикой. Специфическое осложнение лапароскопической эзофагокардиомиотомии в виде интраоперационной перфорация слизистой пищевода, встречающееся по данным литературы в 8-25% случаев, в нашей клинике возникла у двух пациентов (14%). Во всех случаях перфорация была распознана интраоперационно, ушита отдельными швами и укрыта фундопликационной манжеткой по Дору. В то же время у пациентов с АК, ранее перенесших манипуляции в кардиоэзофагеальной области, по мнению некоторых авторов, перфорация возникает почти в 100% случаев, что объясняется наличием интерстициального фиброза в стенке пищевода и наличием спаечного процесса между слизистой оболочкой и мышечным слоем пищевода. Послеоперационный период протекал благополучно. Ранних послеоперационных осложнений не отмечено. Летальных исходов не было. Послеоперационный кратковременный рецидив дисфагии (2-4 дня), диагностирован у одного пациента (7%), который был пролечен консервативно. Время наблюдения составило 24 месяца. В отдаленном периоде большинство пациентов отмечают положительный эффект от операции и отсутствие клинически значимой дисфагии. Все пациенты отметили улучшение качества жизни. Рентгеноскопия пищевода с бариевой взвесью проведена у 6 пациентов из группы оперированных больных (42,8%), с 2 связаться не удалось (14,3%), остальные явиться не смогли и были опрошены по телефону. У обследованных таким образом пациентов с проведенным исследованием отмечается достаточная проходимость пищевода до уровня диафрагмы, где определяется некоторая задержка контраста, затем кардиальный участок пищевода открывается до 0,4-1,3 см, полностью смыкаясь. Натощак пищевод пуст или содержит некоторое количество слизи. Просвет пищевода уменьшился с 4-11 см до 1,8-8 см соответственно. Данных за рефлюкс-эзофагит выявлено не было. Выводы Наши данные позволили сделать несколько предварительных выводов: Рекомендовано внедрению в клиническую практику более активное оперативное лечение АК III ст., до прогрессирования заболевания и развития тяжелых осложнений. Консервативные методики лечения, по данным литературы, не доказали свою эффективность и не могут быть рекомендованы к клиническому применению; Эзофагокардиомиотомия по Геллеру-Дору лапароскопическим доступом является операцией выбора в лечении АК II-III степени. Выполнение экстрамукозной кардиоластики с обязательным рассечением серозно-мышечного слоя на расстоянии 8-10 см обеспечивает, по нашим наблюдениям, гарантированную ликвидацию стеноза; С целью профилактики осложнений со стороны обнаженной слизистой оболочки, может быть рекомендовано выполнение тщательной ревизии этой зоны, при необходимости ушивание и обязательное укрытие ее передней стенкой желудка (фундопликация), с обязательным подшиванием ее по всему периметру дефекта слизистой синтетическими рассасывающимися нитями на атравматичной игле с целью профилактики недостаточности кардинального жома и развития пептического эзофагита.

218.МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ЧРЕСКОЖНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО НЕКРОЗА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Рогаль М.Л., Новиков С.В., Кузьмин А.М., Иванов П.А.

Москва

ГБУЗ Научно-исследовательский институт скорой помощи им.Н.В. Склифосовского

Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) в России выходит на первые места в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (Москва, Ставропольский край, Санкт-Петербург). Инфицирование некроза, наряду с органной недостаточностью, являются основными детерминантами смертности при ОП. Сравнение результатов лечения затруднено различием терминологии и оценки тяжести ОП в разных центрах, несмотря на приверженность Revised Atlanta Classification, 2013. Зарубежные авторы относят чрескожные и чреспросветные вмешательства, наряду с интенсивной терапией, к нехирургическим методам лечения – «nonoperative drainage using percutaneous techniques» или «nonsurgical treatment». В отечественной литературе это минимально инвазивная хирургия, но относят к ней самые разнообразные методы от лапаротомии со специальным дренированием, исключая релапаротомии, до минилапаротомий с механическим ассистентом, от лапароскопии или чрескожного дренирования под ультразвуком (УЗ), до новокаиновых блокад. Минимально инвазивные хирургические методы дифференцировано применяются во все фазы ОП через различные доступы: чрескожный под УЗ, транслюминальный эндоскопический, трансперитонеальный лапароскопический, чресжелудочный лапароскопический, чрескожный ретроперитонеальный эндоскопический. Цель. Улучшение результатов лечения больных тяжелым ОП путем применения этапных чрескожных хирургических методов дренирования, секвестрэктомии под интраскопическим контролем. Материалы и методы. В период 2010-2016 г.г. в отделение острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы госпитализирован 2021 пациент с ОП. Диагностика ОП методами визуализации всегда начинается с УЗ исследования. Для определения некроза, его локализации и объема в ПЖ выполняли компьютерную томографию (КТ) с внутривенным контрастированием. Лечение с первых часов госпитализации начиналось с комплекса интенсивной терапии и минимально инвазивных методов в различной комбинации и последовательности. Для восстановления пассажа панкреатического сока и желчи выполнялись эндоскопические ретроградные вмешательства на желчных и панкреатическом протока. Минимально инвазивные хирургические методы лечения инфицированного ОП включали исключительно чрескожное под контролем УЗ, рентгеноскопии, эндоскопии. Результаты. Основными показаниями для чрескожного дренирования под УЗ контролем являются скопления панкреатического сока при повреждении главного панкреатического протока (ГПП) и инфицирование некрозов. Для этих целей служит технология чрескожного дренирование под УЗ с этапной сменой дренажных трубок и чресфистульной эндоскопической секвестрэктомией под контролем рентгеноскопии: 1. Мелкокалиберное дренирование жидкостных скоплений под УЗ; 2. Замена трубок на крупнокалиберные при секвестрации; 3. Аспирационная секвестрэктомия через большие трубки; 4. Чресфистульная ретроперитонеоскопия с секвестрэктомией; 5. Обратная замена трубок на тонкие; 6. Удаление трубок, заживление остаточных полостей, свищей полых органов. Одна трубка остается при

наружном панкреатическом свище. Задачи этапов дифференцируются от создания доступа, контроля этапов, эвакуации жидкости, до секвестрэктомии и заживления полостей. Контроль этапов осуществляется по характеристикам отделяемого по трубкам, по рентгеновской картине при фистулографии, по визуальному осмотру содержимого и стенок полостей. Смертность пациентов с ОП составила 2 %, с тяжелым ОП - 7%, послеоперационная летальность у пациентов с тяжелым ОП – 16%. Если исключить пациентов умерших от панкреатогенного шока в первые дни после поступления, то в группе пациентов перенесших только минимально инвазивные чрескожные вмешательства при инфицированном некротическом парапанкреатите летальность составила 11%. Выводы. Технология чрескожного дренирование под УЗ с этапной сменой дренажей и чресфистульной эндоскопической секвестрэктомией является эффективной для лечения инфицированного неотграниченного парапанкреатического некроза, в том числе при поврежденном ГПП.

219.СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СУБТОТАЛЬНОЙ ПЛЕВРЭКТОМИИ ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Нечай В.С., Дорофеев Д.А., Петнюнас А.С., Данилов В.Ю,

Тула

ГУЗ ТО Тульская областная клиническая больница

Актуальность. Буллезная эмфизема легких и спонтанный пневмоторакс являются нередкой патологией, в лечении которой применяются видеоторакоскопические технологии. Не смотря на малую травматичность операций, большое количество выполняемых ежегодно вмешательств в мире, количество послеоперационных осложнений остается относительно высоким и достигает 20%. После принятия Национальных клинических рекомендаций (НКР) по лечению спонтанного пневмоторакса в 2014 году торакоскопия становится золотым стандартом у пациентов с буллезной эмфиземой легких, осложненной спонтанным пневмотораксом. Цель. Сравнить частоту и характер осложнений после различных модификаций видеоторакоскопических операций при спонтанном пневмотораксе до и после внедрения НКР. Материалы и методы. В 2011- 2016 гг. в хирургическое торакальное отделение Тульской областной клинической больницы поступило 278 пациентов со спонтанным пневмотораксом. Возраст пациентов составил от 17 до 76 лет (в среднем 46,5 лет), мужчин было 67%, женщин - 33%. У 18% поступивших эпизод пневмоторакса имелся ранее в анамнезе. На первом этапе лечения всем пациентам выполнено дренирование плевральной полости. Всем пациентам, за исключением больных с высоким операционно-анестезиологическим риском, предлагалось эндохирургическое пособие в качестве второго этапа лечения. У 39,2% пациентов дальнейшей операции или не потребовалось (легкое расправилось), или пациенты отказались от предложенной операции по различным

причинам. Оставшиеся 60,8% были оперированы. Все оперированные пациенты были разделены на две группы: оперированные с 2011 г. до принятия национальных клинических рекомендаций и с 2014 г. по 2016 г. (период действия НКР). В предоперационном периоде пациенты были обследованы согласно принятым стандартам. Из 169 пациентов у 15 (8,8%) выполнена торакотомия по ряду причин (перенесенные ранее вмешательства на грудной клетке, свернувшийся гемоторакс, эмпиема плевры с бронхо-плевро-торакальным свищом, конверсия после начала операции эндоскопически). У 10 пациентов этой группы отмечены осложнения послеоперационного периода: нагноение раны (2 пациента), плеврит (6), формирование остаточной плевральной полости (1), формирование свернувшегося осумкованного гемоторакса (2). Один пациент погиб от гнойных осложнений на фоне выраженной ХОБЛ. Остальным 154 пациентам выполнены видеоторакоскопические вмешательства. До принятия НКР операциями выбора в хирургическом торакальном отделении Тульской областной клинической больницы являлись: коагуляция булл, аппаратная краевая резекция буллезных участков легкого, субтотальная плеврэктомия, химический плевродез, скарификация плевры в ее трудноудаляемых участках. Средняя продолжительность операции составила 92 мин. После операции проводилась стандартная схема обезболивания (анальгетики опиоидного ряда с постепенным переходом на НПВС с 3-го дня). Из данной группы у 58,5% послеоперационный период протекал гладко, средний койко-день составил 7,8 (от 6 до 14). У 41,5% больных развились следующие осложнения: нагноение ран - у 4-х (3,2%), плеврит - у 20 (44,2%) оперированных, эмпиема плевры с формированием бронхо-плеврального свища с постепенным закрытием у 5 (4,5%), формирование остаточной полости - у 10 (6,5%) пациентов, свернувшийся гемоторакс - у 4-х (3,2%). В одном случае (субтотальный гемоторакс у пациента с разрывом буллы и нарушением свертывающей системы крови) потребовалась конверсия. Средний койко-день составил 18,5 к/д. (от 8 до 32). Летальных исходов не было. После принятия НКР с июля 2014 г. методом лечения стала аппаратная краевая резекция буллезно-измененных участков легких и частичная плеврэктомия со II по IV-VI межреберье после предварительной субплевральной гидравлической препаровки. Средняя продолжительность операции составила 88 мин. (от 65 до 145). После операции проводилась аналогичная первой группе схема обезболивания (сначала анальгетики опиоидного ряда с постепенным переходом на НПВС с 3-го дня). Из 51 оперированных за это время пациентов у 31 (68,2%) после операции не возникло осложнений, средний койко-день составил 6,7. У 15 пациентов (29,4%) возникли следующие осложнения: плеврит - у 4-х (7,8%), нагноение раны - у 2-х (4%) оперированных, эмпиема плевры с формированием бронхо-плеврального свища с постепенным закрытием - у 2-х (4%), формирование остаточной полости - у 2-х (4%), формирование свернувшегося осумкованного гемоторакса, удаленного пункционно - у 1-го (2%). Средний койко-день составил 10,4 (от 6 до 16). Летальных исходов не было. Рецидивов пневмоторакса в этой группе пациентов пока не отмечено (время наблюдения 36 мес). Результаты и обсуждения. На основании собственного опыта видеоторакоскопических операций при спонтанном пневмотораксе можно сделать предварительный вывод, что методика полной плеврэктомии не сопровождается увеличением количества осложнений и болевого синдрома в послеоперационном периоде, отличается меньшей интраоперационной травмой, не увеличивает сроки послеоперационного лечения.

220.ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Глабай В.П.,Каприн И.А.,Муслимов Б.Г.

Москва

Сеченовский университет

Успех интенсивной терапии острого панкреатита связан с ранним распознаванием и адекватным лечением, направленным на "обрыв" механизмов возникновения панкреатита и его осложнений. За 25 лет наблюдали 6844 больных острым панкреатитом, 1026 (15%) с тяжелым течением, 498 (7.3%) подвергнуто хирургическому лечению, 322 "открытому" и 176 пункционно-катетеризационному. Выявляли тяжелый панкреатит с помощью специальных и лабораторных исследований. Дыхательная недостаточность с рО₂ менее 60 мм требовала искусственной вентиляции, почечная недостаточность с почасовым диурезом менее 30 мл и креатинином более 120 ммоль/л корригировалась введением диуретикой, а при креатинине более 400 ммоль/л гемофильтрацией и гемодиализом. Кардиоциркуляторные нарушения купировали кардиотониками, метаболические нарушения инсулином, свежзамороженной плазмой, содой. При септицемии использовали антибактериальную терапию, а при холангите и механической желтухе эндоскопическую папиллотомию или стентирование. Важнейшими в программе лечения острого панкреатита являются эпидуральная анестезия, назоюнальное зондирование для декомпрессии, лаважа, деконтаминации и энтерального питания. Подозрение на инфицирование заставляло прибегать к тогнкоигольной пункции и бактериоскопии с последующим решением вопроса о показаниях к хирургическому лечению. Представленная лечебная тактика при остром панкреатите тяжелого течения позволила большинству больных вывести из полиорганной недостаточности, к 6 % инфицирования и операциям спустя 3-4 недели после атаки панкреатита и отграничения некротического скопления. Хирургическое лечение отграниченных инфицированных скоплений приводит к наилучшим результатам и возможно минимальноинвазивными методами. Летальность при остром панкреатите тяжелого течения составила 26.4 %

221.АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА ПО LICHTENSTEIN-I У БОЛЬНЫХ УЩЕМЛЁННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Операция Lichtenstein-I признана „золотым” стандартом планового пахового грыжесечения. Основным её преимуществом является отсутствие натяжения тканей, ведущее к сокращению осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде и рецидивов грыжи. Согласно публикациям Института грыжи им. I.I. Lichtenstein (Лос-Анджелес, USA) частота рецидива после операции Lichtenstein-I не превысила 1%! Эти данные позволили некоторым клиникам применить операцию Lichtenstein-I при ущемлённой паховой грыже. Продолжается накопление и анализ клинического материала. Цель работы: реализация принципов плановой герниологии путём внедрения не натяжной аллогерниопластики по Lichtenstein-I для улучшения результатов лечения ущемлённой паховой грыжи. Материал и методы. В хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, за период с 2006 по 2016 годы оперированы 155 пациентов с ущемлённой паховой грыжей различными методиками. Из всех больных операция Lichtenstein-I выполнена у 44 (28,4%) пациентов. Значительно преобладали мужчины – 42 (95,5%), женщин было 2 (4,5%) в возрасте от 35 до 89 лет. Чаще всего данную операцию выполняли в возрасте от 50 до 80 лет – 30 (68,2%) больных. Противопоказанием к операции Lichtenstein-I являются гнойный выпот в грыжевом мешке, флегмона грыжевого мешка и передней брюшной стенки. Рецидивная паховая грыжа выявлена у 10 (22,7%) пациентов. Ранее, в сроки от 3 до 10 лет, в плановом порядке была выполнена плановая аутогерниопластика по Спасокукоцкому-Кимбаровскому. Сопутствующими заболеваниями страдали 38 (86,4%) больных. До 2 часов от начала ущемления грыжи СМП доставлены в клинику 8 (18,2%) пациентов, 3 часов - 8 (18,2%), 4 часов – 6 (13,6%), 5 часов – 10 (22,7%), 6 часов – 8 (18,2%) и 7 часов – 4 (13,6%). Справа грыжи располагались у 30 (68,2%) больных и слева - у 14 (31,8%). Полученные результаты. В неотложном порядке в течение 1 часа оперированы 32 (72,7%) пациентов и 1-2 часа - 12 (27,3%). Местная анестезия осуществлена у 26 (59,1%) больных и спинно-мозговая анестезия – у 18 (40,9%). Ущемление тонкой кишки диагностировано у 22 (50%) пациентов, большого сальника – у 18 (40,9%), сигмовидной ободочной кишки – у 3 (6,8%) и дивертикула Меккеля – у 1 (2,3%). Наряду с этим у 6 (13,6%) больных выявили, что одной из стенок грыжевого мешка является часть полого органа брюшной полости (слепая кишка-2, мочевого пузыря-2, сигмовидная ободочная кишка-2). Экссудат характеризовался как серозный или серозно-геморрагический. Жизнеспособными признаны ущемлённые органы у 34 (77,3%) пациентов. Некроз ущемлённого органа был определён у 10 (22,7%) больных. Из них у 9 (90%) пациентов имел место некроз большого сальника и у 1 (10%) – дивертикула Меккеля. Объём операции ограничен лишь операцией Lichtenstein-I у 34 (77,3%) больных, у 10 (22,7%) – наряду с операцией Lichtenstein-I, выполнена резекция некротизированного органа (большой сальник-9, тонкая кишка с дивертикулом Меккеля и энтеро-энтеро-анастомозом бок-в-бок-1). Рана дренирована по Редону для активной аспирации раневого отделяемого в послеоперационном периоде. После операции

пациенты получали дыхательную гимнастику, ЛФК, приём нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотики, физиотерапию, перевязки, носили бандаж. Послеоперационное течение гладкое. Дренаж Редона удалён к 5 суткам после прекращения отделяемого. Швы сняты на 7 сутки. Раны зажили первичным натяжением и пациенты выписаны на амбулаторное лечение у хирурга поликлиники. Рецидивов не наблюдали. Выводы: 1. Выполнение операции Lichtenstein-I с активным дренированием раны по Редону при ущемлённой паховой грыже возможно при наличии строгих показаний. 2. Исключение натяжения тканей при аллогерниопластике по Lichtenstein-I ведёт к лёгкому течению послеоперационного периода, отсутствию осложнений, небольшому болевому синдрому. 3. Необходимо дальнейшее накопление клинического материала и его анализ.

222. КРИТЕРИИ ПЕРЕХОДА К ТРАДИЦИОННОЙ ЛАПАРОТОМИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ СТЕРИЛЬНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Диагностическая и лечебная лапароскопия у пациентов со стерильным панкреонекрозом, осложнённым перитонитом, входит во все „Клинические протоколы оказания медицинской помощи“. В процессе последующего комплексного лечения у большинства больных патологический процесс регрессирует. Однако, у ряда пациентов его купировать не удаётся из-за прогрессирования патологического процесса с развитием осложнений. Многие вопросы тактики, выбора сроков и объёма коррекции окончательно не решены. Цель исследования: определить критерии и сроки перехода к традиционной лапаротомии после лечебной лапароскопии у больных стерильным панкреонекрозом. Материал и методы исследования. В течение 3 лет у 339 пациентов с подозрением на острый панкреатит (ОП) выполнена диагностическая лапароскопия (ДЛС) аппаратом фирмы Karl Storz (Germany) по усовершенствованной методике Kelling, используя сконструированный нами полый манипулятор. ОП диагностирован у 175 (51,6%) больных. Из них в неотложном порядке оперированы 11 (6,3%) больных. Остальным 164 (93,7%) пациентам выполнена лечебная лапароскопия (ЛЛС). Мужчин было 42 (25,6%), женщин – 122 (74,4%) в возрасте 25-69 лет. Отёчная форма ОП была у 15 (9,1%) больных, стерильный панкреонекроз – 149 (90,9%). Перитонит осложнил течение ОП. Элементами ЛЛС были блокада круглой связки печени с тиотриазолином, блокада мезоколон, канюлирование круглой связки печени, аспирация перитонеального экссудата, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и малого таза. Проведена многокомпонентная интенсивная терапия в отделении анестезиологии и реанимации. Осуществлялся клинический контроль течения патологического процесса,

лабораторно-биохимический, мониторинг рентгеноскопии грудной и брюшной полостей, УЗИ, ФГДС, ЭКГ. После ЛЛС показания к традиционной лапаротомии определены у 19 (11,6%) пациентов. Временные сроки были различные. Так, в течение первых 2 суток оперированы 5 (26,3%) больных (редренирование брюшной полости-3, острая перфорация желудка или двенадцатиперстной кишки-1 и ободочной кишки-1), 3-5 суток – 4 (21,1%) (ферментативный холецистит-2, нарастающая механическая желтуха-2), 6 суток – 4 (не купирующийся перитонит-4) и 10-14 суток – прогрессирующий тотальный панкреонекроз-4, абсцесс брюшной полости-2). Выполнена срединная лапаротомия. Холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду (сальниковой сумки-3, забрюшинной клетчатки-2) осуществлена у 5 (26,3%) пациентов, дренированием холедоха по Холстеду, абдоминализация поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки – у 2 (10,5%), панкреат. секвестрэктомия, дренирование абсцесса сальниковой сумки и поджелудочной железы - у 2 (10,5%), гепатикоеюноанастомоз с дренированием по Фелкеру, энтеро-энтеро-анастомоз по Брауну, дренирование сальниковой сумки – у 1 (5,3%), дренирование сальниковой сумки (забрюшинной клетчатки-1) – у 9 (47,4%). В дальнейшем выполнено 3 (15,8%) программированных релапаротомии (секвестрэктомией-2, ушиты аррозированные сосуды мезоколон-1), умерли 2 (66,7%) больных. Из 19 оперированных умерли 11 (57,9%) пациентов (тотальный панкреонекроз-10, гнойный панкреатит-1). Выводы: 1. Лечебная лапароскопия при отёчной форме панкреатита и стерильном панкреонекрозе, осложнённым перитонитом, выполнена у 93,7% больных. 2. Критериями перехода к традиционной лапаротомии после лечебной лапароскопии были прогрессирующий тотальный панкреонекроз, абсцесс сальниковой сумки и брюшной полости, некупирующийся перитонит, нарастающая механическая желтуха, присоединение ферментативного холецистита, перфорация острой язвы желудка или двенадцатиперстной кишки и ободочной кишки, редренирование брюшной полости. 3. Имеет место высокая летальность после перехода к традиционной лапаротомии вследствие неэффективной лечебной лапароскопии – 57,9% и связана с тотальными формами панкреонекроза и гнойным панкреатитом. Релапаротомия потребовалась у 15,8% пациентов с летальностью 66,7%.

223. ЛАПАРОСКОПИЯ – МЕТОД ВЫБОРА ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОПЕРЕЧНО-ПЕРЕМЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ДЛЯ АППЕНДЭКТОМИИ В СВЕТЕ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

В.А. Прониным с соавт. (2007) описаны 4 варианта поперечного доступа к червеобразному отростку для аппендэктомии. Определить точную локализацию слепой кишки с червеобразным отростком на переднюю брюшную стенку при клиническом обследовании

больного не всегда возможно. У них при стандартном доступе требуется чрезмерная тракция крючками операционной раны или её расширение, увеличивающих травматичность, ведущую к росту частоты раневых осложнений. Цель исследования: снизить частоту раневых осложнений после аппендэктомии у пациентов с острым аппендицитом путём выбора локализации поперечного оперативного доступа с помощью лапароскопии. Материал и методы исследования. Проведено клиническое обследование 52 больных с ОА, у которых была нечёткая клиническая картина. Мужчин было 17 (32,7%), женщин – 35 (67,3%) в возрасте от 16 до 64 лет. Лабораторно-биохимические методы, УЗИ и др. неинформативны. Выполнена лапароскопия аппаратом фирмы Karl Storz (Germany) по усовершенствованной методике Kelling, используя сконструированный нами полый манипулятор. Полученные результаты. Слепая кишка в правой подвздошной ямке визуализирована у 40 (76,9%) больных, выше гребня правой подвздошной кости – у 10 (19,2%) и в полости малого таза – у 2 (3,9%). Червеобразный отросток у 31 (59,6%) пациента расположен медиальнее слепой кишки, у 10 (19,2%) – латеральнее, у 6 (11,5%) – ретроцекально, у 3 (5,8%) – впереди и у 2 (3,9%) – в малом тазу. Превалировала флегмонозная форма ОА - 40 (76,9%) больных, против гангренозной формы – 12 (23,1%). Осложнённое течение ОА было у 35 (67,3%) пациентов. Из них местный серозный перитонит выявлен у 6 (17,1%) больных и гнойный фибринозный перитонит – у 14 (40%), аппендикулярный инфильтрат – у 15 (42,9%). Локализацию поперечно-переменного оперативного доступа (кожа рассекается поперечно, остальные слои – по ходу волокон) к червеобразному отростку избирали следующим образом. Световой пучок с торца лапароскопической трубки перпендикулярно илеоцекальному углу проецировали на переднюю брюшную стенку и отмечали точную локализацию искомого оперативного доступа к червеобразному отростку. Поперечно-переменный оперативный доступ на уровне передне-верхней подвздошной ости выполнен у 40 (76,9%) пациентов, на 2 см выше – у 10 (19,2%) и на 4 см ниже – у 2 (3,9%). Выполнена антеградная аппендэктомия. Через контрапертуры дренированы правый боковой канал и полость малого таза у 22 (42,3%) больных. Рана передней брюшной стенки ушита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. Средний койко/день $7 \pm 0,5$. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Обсуждение. Поперечный оперативный доступ к червеобразному отростку предложена О.А. Юцевичем в 1908 году. Однако, до настоящего времени он не получил широкого распространения у больных ОА, ввиду бытующего мнения о его узости, трудностях манипуляций в операционной ране и особенно при атипичной локализации слепой кишки с червеобразным отростком, частой необходимости его расширения, осложнениях. Результаты наших исследований подтверждают правомочность использования поперечно-переменного оперативного доступа к червеобразному отростку для аппендэктомии. Выбор его локализации с помощью лапароскопии является оптимальным, т.к. позволяет определить врождённую топографо-анатомическую локализацию слепой кишки с червеобразным отростком и их проекцию на переднюю брюшную стенку. Это уменьшает травматичность доступа. Мы не имели трудностей на этапах аппендэктомии. После операции не наблюдали раневых осложнений. Доступу присуща также высокая косметичность. Выводы: 1. Поперечно-переменный оперативный доступ для аппендэктомии является вполне приемлемым в хирургии острого аппендицита. 2. Определение его наиболее точной локализации осуществимо при лапароскопии и зависит от топографо-анатомического расположения слепой кишки с червеобразным отростком. 3. Использование такого подхода позволило исключить раневые осложнения после аппендэктомии.

224. СОЧЕТАНИЕ ПЕРФОРАЦИИ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) осложняется перфорацией с кровотечением у 5-23,5% пациентов с перфоративной и 0,9% - острокровоточающей язвой. Ранняя диагностика данных осложнений затруднительна из-за разнообразия клинических проявлений. Общая летальность достигает 72%, послеоперационная – 34,4-48%, количество осложнений-100%. Цель исследования: изучить результаты диагностики и лечения сочетания перфорации с кровотечением у больных язвенной болезнью желудка и ДПК. Материал и методы. За период 1997-2016 годы в хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, пролечены 288 пациентов с перфоративной язвой желудка и ДПК. Сочетание перфорации с кровотечением отмечено у 21 (7,3%) больного. Мужчин было 14 (66,7%), женщин – 7 (33,3%). Возраст 37-85 лет. Лица старше 60 лет составили 14 (66,7%). Все страдали сопутствующей патологией. Доставлены СМП с кровотечением 16 (76,2%) больных (геморрагический шок-8), хронической анемией – 2 (9,5%) и без – 3 (14,3%). Перфоративная язва кардиального отдела желудка была у 1 (4,8%) пациента, луковицы ДПК – у 19 (90,4%) и гастродуоденоанастомоза – у 1 (4,8%). Пенетрация в головку поджелудочной железы „целующейся” язвы выявлена у 15 (71,4%) больных и стеноз – у 3 (14,3%). Язвенный анамнез отсутствовал у 8 (38,1%) пациентов, был до 3 лет – у 4 (19,1%) и более 3 лет – у 9 (42,9%). В последнее 10 лет число женщин увеличилось с 28,6% до 71,4%. Стёртая клиническая картина перфорации была у 15 (71,4%) больных, типичная – у 6 (28,6%). Диагностическая программа включала клиническое обследование, лабораторно-биохимическое, рентгеноскопию брюшной полости, по показаниям: пробы deVeskey и Cheneldt, УЗИ, ФЭГДС, минилапароскопия. Полученные результаты. В течение 1 часа после госпитализации оперированы 5 (23,8%) пациентов, 1-2 часов – 15 (71,4%) и 6 часов – 1 (4,8%). Средний размер перфоративного отверстия $2,7 \pm 0,8$ см с колебаниями 4-40 мм. Кровотечение из „целующейся” язвы диагностировано у 16 (76,2%) больных и края перфорировавшей язвы – у 5 (23,8%). Кровотечение из гигантской язвы установлено у 11 (52,4%) пациентов, диаметром до 2 см – у 9 (42,9%) и 8 мм – у 1 (4,7%). Активное кровотечение из язвы наблюдали у 15 (71,4%) больных и спонтанный гемостаз со сгустками – у 6 (28,6%). Разлитой фибринозный перитонит был у всех пациентов (серозный-7, гнойный-12, гемоперитонеум-2). Объём хирургической коррекции избран индивидуально. Иссечение перфоративной язвы с пилоропластикой (Джадду-Хорсли-10, Финней-1) + ушивание кровоточащей язвы задней стенки ДПК (11) + ваготомия (СтВ) выполнена у 11 (52,4%) больных, иссечение перфоративной язвы с пилоропластикой по Джадду-Хорсли + СПВ + фундопликация по Ниссену – у 1 (4,8%), иссечение перфоративной язвы с дуоденопластикой + ушивание кровоточащей язвы задней стенки ДПК (1) – у 2 (9,5%), ушита перфоративная язва по Островскому (аутогерниопластика-1) - у 5 (23,8%), ушита перфоративная пептическая язва гастродуоденоанастомоза + СтВ – у 1 (4,8%) и резекция 2/3 желудка по Бильрот-II-Бальфуру – у 1 (4,8%). После операции тяжёлые осложнения развились у 3 (14,3%) пациентов (кровотечение из второй язвы желудка-1 и ДПК-

1, травматический разрыв селезёнки с ДВС-синдромом-1). Релапаротомия выполнена у первых 2 (66,7%) больных, прошиты кровоточащие язвы, они умерли. У третьей больной разрыв селезёнки диагностирован на секции. Из всех пациентов умерли 5 (23,8%) (геморрагический шок, ДВС-синдром-2, абдоминальный сепсис-2, полиорганная недостаточность-1). Выводы: 1. Остаётся высокой частота сочетания перфорации с кровотечением у больных язвенной болезнью желудка и ДПК, составляя 7,3%. 2. Они развиваются на фоне тяжёлых локальных морфологических изменений, чаще у лиц гериатрической группы с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями. 3. Представленный алгоритм диагностики позволяет своевременно определить показания к неотложной лапаротомии, а индивидуальный подход к выбору объёма операции улучшает результаты лечения.

225. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДИК

Назаров Д.Т., Климов А.Е., Мамедов С.Х., Садовникова Е.Ю., Бархударов А..А.

Москва

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский Университет Дружбы Народов"

Введение: Острый деструктивный панкреатит (ОДП) - одно из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости с летальностью 35-80%, обусловленной панкреатогенным шоком, развитием полиорганной недостаточности, и инфекционными осложнениями. Экстракорпоральные методы детоксикации (ЭКМД) при ОДП применяются от момента своего появления в периоде панкреатогенного шока, полиорганной недостаточности, инфекционных осложнений. Появление новых методик и аппаратного обеспечения экстракорпоральной детоксикации требует новых решений актуальной задачи лечения больных ОДП. Цель исследования: изучить эффективность экстракорпоральных методов детоксикации в комплексном лечении больных деструктивными формами панкреатита в современных условиях. Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 84 пациентов, больных с ОДП, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии РУДН на базе ГКБ №64, в возрасте от 18 до 88 лет, с 2010 по 2015 г. Среди больных было 66 мужчин (78,6 %) и 18 женщин (21,4 %). С целью оценки влияния ЭКМД на течение ОДП пациенты были разделены на две группы: в первую (I) основную группу вошли 50 пациентов (59,5%), которым наряду с медикаментозной терапией и оперативным лечением проводились ЭКМД. Во вторую (II) контрольную группу вошли 34 пациента (40,5%), которым ЭКМД не проводились. Исследование было нерандомизированным, методы детоксикации не проводились больным только в первый период исследования и при отсутствии технической возможности проведения этой методики лечения. Группы были сравнимы по полу, возрасту, этиологии,

давности и тяжести течения ОДП. Всем больным проведен одинаковый диагностический комплекс и стандартная консервативная терапия с нутритивной поддержкой. Результаты: Эффективность ЭКМД оценивали по показателям динамики лабораторных данных: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, по инструментальным данным (УЗИ, КТ, МРТ, ЭГДС), выполненным операциям, количеству инфекционных осложнений, летальных исходов. У пациентов I группы, после применения сеанса экстракорпоральной детоксикации, статистически значимо снижался уровень лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов и лимфоцитов, лабораторных показателей воспалительной реакции – (CRP, пресепсин. Снижение этих показателей в I группе до нормальных цифр (среднее значение 10,6±2,4) произошло к 7-м суткам. Во II группе эти показатели сохранялись повышенными в течение всего анализируемого срока. В биохимическом анализе крови статистически значимо отмечались изменения уровня мочевины, креатенина, белка, альбумина, билирубина, АСТ, АЛТ, амилазы и щелочной фосфатазы. На 1, 2-е сутки отмечено, что количество мочевины, щелочной фосфатазы, креатенина, амилазы крови у больных обеих групп остается выше нормальных значений. На 3 – 5 сутки отмечено, что количество креатенина, мочевины, щелочной фосфатазы, амилазы крови в I группе снизился, на 10,1% по сравнению с II группой. На 5 – 7 сутки в I группе отмечено снижение количества вышеуказанных показателей до нормальных значений на 20,9% по сравнению с II группой. На третьи сутки в группе I отмечено снижение общего билирубина на 45,2%, АЛТ на 32,2%, АСТ на 34,5% по сравнению с II группой. При анализе полученных результатов исследования в динамике удалось выявить, что раннее применение методов экстракорпоральной детоксикации в комплексном лечении панкреонекроза обеспечивает снижение лабораторных признаков эндотоксикоза в I группе на 30 – 50% по сравнению со II контрольной группой. В I группе больных осложнения: парапанкреатический инфильтрат 4(8%), флегмона забрюшинного пространства 5(10%), полиорганная недостаточность 5(10%), аррозивное кровотечение 1(2%), абсцесс сальниковой сумки 1(2%) наблюдались в 16(32%) случаев. У 7 больных наблюдалось более одного осложнения. Во II группе больных осложнения: парапанкреатический инфильтрат 4(11,8%), флегмона забрюшинного пространства 8(23,5%), полиорганная недостаточность 12(24,0%), аррозивное кровотечение 2(5,9%), абсцесс сальниковой сумки 2(5,9%), панкреатогенный шок 1(2,9%) наблюдались в 26(76,4%) случаев, и у всех больных было более одного осложнения. За время наблюдения в исследуемых группах умерли 29 пациентов, общая летальность составила 34,5%. У больных I группы летальность составила 12(24%). Во II группе летальность составила 17(50%). Смерть пациентов наступила в период 2 – 4 недели пребывания в стационаре от развившейся полиорганной недостаточности. У больных I группы летальность 12(24%) и наблюдались в сроки 35±4 дней, причинами летальных исходов послужило во всех 12 случаях полиорганная недостаточность с присоединением пневмонии, сепсиса, аррозивного кровотечения, флегмоны забрюшинного пространства. Во II группе летальность 17(50%) в сроки 19±1,5 дней, причинами во всех 17 полиорганная недостаточность с присоединением пневмонии, сепсиса, аррозивного кровотечения, флегмоны забрюшинного пространства, абсцесса сальниковой сумки, панкреатогенного шока. Выводы: Использование методов экстракорпоральной детоксикации у пациентов с острым деструктивным панкреатитом ускоряет нормализацию лабораторных показателей, снижает проявления полиорганной недостаточности в I группе 5(10%), во второй группе 9(26,4%); количество осложнений в I группе 16(32%), во II группе 26(76,4%); летальности в I группе 12(24%), во II группе 17(50%).

226. ОПЫТ РЕЛАПАРОТОМИЙ В КЛИНИКЕ

Тарасенко С.В., Соколова С.Н., Рахмаев Т.С., Баконина И.В.

Рязань

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Рязанский ГМУ им. академика И.П.Павлова

Проблеме повторного чревосечения в связи с развитием осложнений после операции уделяется значительное количество исследований. Это объясняется ростом числа релапаротомий по данным литературы от 1,9 % до 8,6% и очень высокой летальностью – 40%-80% (Сандаков П.Я., Старикова А.И., 2014). Объяснение росту числа повторных лапаротомий находят в связи с введением понятия «программированная релапаротомия». Материалы и методы. За последние 5 лет в клинике госпитальной хирургии из 3047 экстренных и плановых операций 59 (1,5%) потребовали релапаротомий, из которых 6 множественных. У 41 больного релапаротомии были произведены по поводу послеоперационного перитонита. Причины перитонита следующие: несостоятельность илеотрансверзоанастомоза, толстотолстокишечного анастомоза -6; несостоятельность ХДА, гепатикоэнтероанастомоза – 2; несостоятельность швов на желудке, двенадцатиперстной кишке -9; несостоятельность энтероэнтероанастомоза – 15; панкреатогенный – 2; третичный перитонит -1; атеросклеротическая гангрена кишечника - 6. Эвентрации в гнойную рану послужили показанием к релапаротомии у 2 больных. Результаты и обсуждение. Диагностика послеоперационного перитонита, несмотря на клиничко-лабораторный мониторинг, часто запаздывает. Это связано со следующими факторами: интоксикационный синдром в катаболическую послеоперационную фазу; назначение лекарственных препаратов в послеоперационном периоде; выполнение первого оперативного вмешательства по поводу перитонита. Дополнительные методы исследования малоинформативны. Исключение составляют рентгеноконтрастное исследование, ФГДС при патологии верхних отделов ЖКТ, а также лапароскопия. Полезную информацию о наличии послеоперационного перитонита даёт ультразвуковое исследование брюшной полости. Жидкость (свободная или в виде скоплений) хорошо определяется при сканировании и может быть получена для уточнения её характера при диагностической пункции под УЗ-контролем. Применение пункции позволяет быстрее установить диагноз перитонита и сократить время до релапаротомии. При выраженном парезе кишечника, слабой экссудации использование методики ограничено. Особые трудности возникают в лечении больных при несостоятельности анастомозов, с несформированными кишечными свищами, с множественными абсцессами брюшной полости, при инфицированных эвентрациях. При несостоятельности культи ДПК производим ушивание культи импровизационным способом и дуоденостомию ПВХ трубкой по типу гастростомы по Витцелю. При несостоятельности гастродуоденоанастомоза осуществляем перевод резекции Бильрот I в Бильрот II с наложением дуоденостомы. Тактика при несостоятельности швов на тонкой кишке зависит от уровня поражения. При низком уровне несостоятельности формируем петлевую илеостому. При высоком уровне производится резекция кишки с формированием нового энтероэнтероанастомоза в сочетании с назоинтестинальной интубацией и укреплением линии швов тахокомбом. Благоприятный результат при несостоятельности швов на толстой кишке достигается путем резекции несостоятельного анастомоза с выведением концевых колостом. Формирование цекостом,

пристеночных колостом создает иллюзию отключения пассажа по кишке. Летальный исход после релапаротомий наступил в 24 случаях (40,7%). Приведенные данные показывают, что улучшение результатов лечения больных может быть достигнуто разработкой и внедрением в практику эффективных методов ранней диагностики и лечения внутрибрюшных осложнений.

227. ВЫБОР СПОСОБА УШИВАНИЯ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА С ПОЗИЦИИ ФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ШВА

*Инютин А.С.(1), Федосеев А.В. (1), Муравьев С.Ю.(1),
Жаныгулов А.Д.(1), Ворначёв С.А.(2), Елманов А.А. (2)*

Рязань

1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России 2) ГБУ РО «ГКБСМП»

Введение. Проблема развития послеоперационных вентральных грыж на сегодняшний день весьма актуальна. Одним из направлений профилактики развития послеоперационных вентральных грыж является выбор техники ушивания белой линии живота после лапаротомии. Материалы и методы. Проведён эксперимент на 48 крысах. Животным производилась срединная лапаротомия. С учётом способа ушивания раны выделены 4 группы, по 12 животных в каждой. В 1 группе апоневроз ушивался отдельными узловыми швами, во 2 группе применялся непрерывный шов, в 3 группе белая линия ушивалась непрерывным швом с расположением стежков в шахматном порядке (непрерывный шахматный шов), в 4 группе апоневроз ушивался разработанными укрепляющими швами. Задачами разработки укрепляющего шва являются: 1. снижение нагрузки на непрерывный шов, особенно в случаях повышенного внутрибрюшного давления; 2. Укрепление «слабых мест» апоневроза после лапаротомии; 3. Предотвращение излишнего натяжения краёв раны и нити при наложении обвивного шва; 4. Сохранение состоятельности шва апоневроза в случае возможной ревизии раны при её нагноении. На 7, 14 и 60 сутки участки апоневроза с исследуемыми швами подвергнули тензиометрическому исследованию. Результаты и обсуждение. Проведённое тензиометрическое исследование показало, что на 7 сутки прочность отдельного узлового шва составила от 2,7 Н до 5,8 Н (в ср. 3,94± 0,9 Н), непрерывного шва от 4,2 Н до 8,3Н (в ср. 6,05 ± 1.15 Н), непрерывного шахматного шва от 5,4 Н до 9,1Н (в ср. 7,2 ± 1.45 Н). В случае укрепляющего шва от 7,84 Н до 14,2 Н (в ср. 11,63 ± 2,31 Н). К 14 суткам наблюдалось увеличение прочности всех исследуемых швов. Показатель прочности отдельного узлового шва был от 11,7 Н до 16,6 Н (в ср. 13,9 ± 1,7 Н), в случае непрерывного шва от 13,7 Н до 20,5 Н (в ср. 17,3± 2,2 Н), непрерывного шахматного шва от 19,1 Н до 24,5 Н (в ср. 21,35± 1,57 Н), укрепляющего от 27,2 Н до 31,2 Н (в ср. 29,17 ± 1,27 Н). На 60 сутки прочность отдельного узлового шва была от 31,3 Н до 50,2 Н (в ср. 43,8 ± 6,2 Н), в случае обвивного шва от 44,1 Н до 68,6 Н (в ср. 54,8 ± 7,1 Н), непрерывного шахматного шва от

45,2 Н до 67,3 Н (в ср. 55,1+ 7,6 Н), укрепляющего от 49,1 Н до 63,6 Н (в ср. 53,7+ 6,81 Н. При оценке эластичности швов, последняя находилась в обратной зависимости от прочности, то есть с увеличением прочности эластичность уменьшалась. При этом наибольшая эластичность была в случае отдельного шва (от 172,2 до 85,64%), а наименьшая при растяжении непрерывного шахматного шва (от 155,5 до 61,2%). По результатам исследования нами разработан и апробирован в условиях ургентной хирургии способ ушивания апоневроза после лапаротомии, при котором на первом этапе накладываются укрепляющие швы через 5 см., а затем непрерывный шов с расположением стежков в шахматном порядке (заявка на изобретение № 2016141693). Это позволяет создать оптимальные условия для заживления срединных лапаротомных ран, повышая их прочность. Выводы. 1. Послеоперационный рубец, образованный после ушивания апоневроза отдельными узловыми швами, уступает непрерывным способам ушивания по прочности от 20% до 27%, что является одним из факторов, способствующих образованию послеоперационных грыж передней брюшной стенки. 2. Непрерывный шахматный шов, в отличие от классического непрерывного ушивания способствует более равномерному распределению нагрузки на края апоневроза, снижая риск его разволокнения, тем самым повышая его прочность до 67,3Н. 3. Методом выбора ушивания лапаротомной раны служит непрерывный шахматный шов, дополненный наложением укрепляющих швов.

228.МОРФОЛОГИЯ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА С УЧЁТОМ СПОСОБА ЕЁ УШИВАНИЯ

*Федосеев А.В. (1), Инютин А.С.(1), Муравьев С.Ю.(1),
Виноградов И.И.(1), Жаныгулов А.Д.(1), Леонченко С.В.(2)*

Рязань

1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России 2) ГБУ РО «ГКБСМП»

Введение. Профилактика развития послеоперационных вентральных грыж на сегодняшний день весьма актуальна, а одним из её направлений является выбор техники ушивания белой линии живота после лапаротомии. Среди сформулированных ещё в начале ХХ-века требований, выделяют необходимость прочного соединения краев дефекта брюшной стенки с минимальными натяжением и травматизацией прямых мышц живота и окружающей подкожной жировой клетчатки. Несмотря на существование вышеуказанных принципов, в настоящее время отсутствует единая тактика ушивания лапаротомных ран. Материалы и методы. Проведён эксперимент с участием 48 крыс. Всем животным производилась срединная лапаротомия, с последующим ушиванием раны. С учётом способа ушивания, крысы разделены на 4 группы, по 12 животных в каждой. В первой группе апоневроз ушивался отдельными узловыми швами с шагом 4-5 мм, расстояние от края раны 4-5 мм. Во второй группе применялся непрерывный шов с аналогичным шагом и расстоянием от края раны. В третьей группе белая линия ушивалась непрерывным швом с расположением стежков в

шахматном порядке. Расстояние от большого стежка до края раны составило 6 мм., от малого 3 мм. Между стежками промежутки были в диапазоне 4-5 мм. В четвёртой группе апоневроз ушивался разработанными укрепляющими швами, основной задачей которого является снижение нагрузки на непрерывный шов, особенно в случаях повышенного внутрибрюшного давления. На 7, 14 и 60 сутки участки апоневроза с исследуемыми швами подвергнули гистологическому исследованию. Оценивалась площадь клеточного инфильтрата, площадь очагов некроза, площадь новообразованных сосудов, активность ангиогенеза, степень зрелости грануляционной ткани. Результаты и обсуждение. На 7 и 14 сутки площадь клеточного инфильтрата достоверно была больше в случае отдельного шва. В группах с непрерывными швами в случае расположения стежков в шахматном порядке инфильтрация была меньше, чем при обычном непрерывном шве. Очаги некроза отсутствовали в группах с непрерывным швом и присутствовали небольшой площадью или отсутствовали в случае с отдельным швом. Неангиогенез с большей площадью новообразованных сосудов преобладал в группе с непрерывным. В случае укрепляющего шва на 7 и 14 сутки площадь клеточного инфильтрата была меньше, чем при отдельном ушивании, но больше, чем в случаях с непрерывным швом. Очаги некрозов отсутствовали. Степень развития грануляционной ткани на 7 сутки была выше при непрерывном шве с расположением стежков в шахматном порядке, а наименьшая степень в случае отдельного шва. На 14 сутки достоверных различий этого критерия в группах отмечено не было. На 60 сутки во всех группах сформировался зрелый соединительнотканый рубец, с отсутствием очагов некрозов, инфильтрации, хотя присутствовал факт наличия олеогранулёмы в случае с отдельным швом. По результатам исследования нами разработан и апробирован в условиях ургентной хирургии способ ушивания апоневроза после лапаротомии (заявка на изобретение № 2016141693), позволяющий создать оптимальные условия для заживления белой линии живота, предотвратить развитие эвентраций и послеоперационных вентральных грыж. Предлагаемый способ применен на 40 пациентах, оперированных в экстренном порядке на органах брюшной полости с использованием срединного лапаротомного доступа. Эвентраций в раннем послеоперационном периоде не было. Наблюдение в течение 6 месяцев послеоперационного периода показало отсутствие дефектов и грыжевых выпячиваний в области шва срединного лапаротомного доступа. Выводы. 1. Использование непрерывного ушивания лапаротомной раны, по сравнению с отдельным, не вызывает чрезмерного сдавления тканей в местах проколов апоневроза, равномерно распределяя нагрузку по всей длине шва, что проявляется в меньшей инфильтрации тканей, более выраженным неангиогенезом и формированием зрелой грануляционной ткани. 2. Применение предложенного способа ушивания белой линии живота в ургентной хирургии служит методом профилактики эвентраций и послеоперационных вентральных грыж.

229.ОЦЕНКА МОРФО-ФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА, КАК ПРЕДИКТОРОВ ГРЫЖЕОБРАЗОВАНИЯ

*Федосеев А.В. (1), Рыбачков В.В. (2), Инютин А.С.(1),
Виноградов И.И.(1), Жаныгулов А.Д.(1)*

Рязань

1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России 2) ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России

Введение. Сегодня срединная лапаротомия считается доступом выбора при абдоминальных операциях. Однако частота возникновения послеоперационных грыж после лапаротомий достигает 28,3%. При этом срединная локализация послеоперационного грыжевого дефекта встречается в среднем в 63,5% случаев, боковая – в 13,2%, а передне-боковая - в 10,2% . Анализируя участки белой линии - эпигастральная локализация является наиболее частым местом несостоятельности послеоперационного рубца, поскольку ее частота составляет 43,1% наблюдений, мезо- и гипогастральная локализация встречаются в 26,7% и 17,5% случаев соответственно. Однако работы по определению причин подобной закономерности единичны. Материалы и методы. Проведён эксперимент, заключающийся в определении прочности белой линии живота. При этом исследуемый материал подвергнули тензиометрическому исследованию на динамометре электронном АЦД/1Р-0,1/1И-2. Прочность измеряли в Ньютонах (Н). Для этого участки длиной 5 см. цельного апоневроза укрепляли в зажимах разрывного устройства. Также проведено гистологическое исследование с изучением расположения сухожильных пучков. Апоневроз исследовали не позже чем через 24 часа после смерти больного. Причиной смерти всех больных явилась патология сердечно - сосудистой системы. Исследование проведено на 6 трупах обоего пола в возрасте от 51 до 84 лет. Результаты и их обсуждение. При экспериментальном исследовании с учётом средних размеров анатомических областей белой линии живота, в эпигастральной части исследовано три равных фрагмента со средним шагом 5 см., в мезогастральной два фрагмента, гипогастральной один. В эпигастральной части прочность первого верхнего участка была от 274,4 Н по 313,6 Н (в ср. 295,5 + 16,3 Н), второго участка от 250,4 Н до 286,6 Н (в ср. 268,1 + 14,9 Н), третьего участка от 287,4 Н до 300,6 Н (в ср. 287,4 + 13,1 Н). То есть, по сравнению с самым первым участком, второй является наименее прочным ($t_{Ст} = -1,124$, $p < 0,05$). При гистологическом исследовании указанных участков, ход сухожильных пучков первого из них на 30% поперечный, в 70% продольный. Во втором участке 50% поперечный ход, 20% косой, 30% продольный. В третьем участке сухожильные пучки имеют поперечное направление в 40%, в поперечном направлении, 50% в продольном, 10 % в косом. В мезогастральной части прочность первого верхнего участка была от 243,4 Н по 271,6 Н (в ср. 258,5 + 12,3 Н), так как второго участка от 275,4 Н до 298,6 Н (в ср. 285,3 + 10 Н) ($t_{Ст} = 0,359$, $p < 0,05$). Гистологическое исследование показало, что направление сухожильных пучков в первом участке апоневроза на 70% поперечное, на 20% продольное и на 10% косое, а во втором на 60% поперечное, на 35% продольное и на 5% косое. В гипогастральной части прочность белой линии составила от 323,4 Н по 353,6 Н (в ср. 338,1 + 12,5 Н), то есть прочнее, чем в эпигастральной ($t_{Ст} = 0,295$, $p < 0,05$) и мезогастральной областях ($t_{Ст} = 0,458$, $p < 0,05$). Ход сухожильных пучков на 50% поперечный, а на 50% косой. Таким образом, наиболее «слабыми» с точки зрения прочности и особенностей строения белой линии живота, является

средний участок её эпигастральной части (на расстоянии в среднем 5 - 10 см от мечевидного отростка) и в 5 см. над пупком, что объясняет наибольшую частоту грыж в данных областях. Гистологически, в выявленных «слабых» участках, имело значение преобладание сухожильных пучков, идущих в поперечном направлении, что повышает риск прорезывания нитей. Данный факт нужно учитывать при ушивании апоневроза после лапаротомии. Выводы: 1. После лапаротомии наиболее частой локализацией послеоперационного грыжевого дефекта является срединная, поскольку в среднем составляет 63,5% случаев. 2. Самой «слабой» зоной белой линией живота является эпимезогастральный участок, ввиду его наименьшей прочности и преобладания поперечного хода сухожильных пучков, так как здесь образуется 69,8% послеоперационных вентральных грыж срединной локализации.

230. ПРЕДИКТОРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПРИ СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ

*Федосеев А.В. (1), Рыбачков В.В. (2), Инютин А.С.(1),
Лебедев С.Н. (1), Виноградов И.И.(1)*

Рязань

1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России 2) ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России

Актуальность. Заболеваемость вентральными грыжами имеет стойкую тенденцию к увеличению, в первую очередь за счет послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) — их частота составляет примерно 10—15%. Частота их возникновения после различных вариантов лапаротомии составляет по данным разных авторов от 2 до 20% у 7—24% пациентов, которым были выполнены срединные лапаротомии, в последующем формируются грыжи. Цели и задачи исследования. Выявление наиболее важных предикторов послеоперационного грыжеобразования при срединных лапаротомиях, как самом частом виде доступа в экстренной хирургии. Материалы и методы. Исследование включало анализ историй болезни, физикальное и ультразвуковое обследование 397 пациентов оперированных по поводу различных заболеваний через срединный лапаротомный доступ в 2014-2016гг. на базе БСМП г. Рязани. Результаты. Частота формирования (ПОВГ) после срединных лапаротомий составила 20% (83 случая). 54% (44чел) составили мужчины и 46% (38чел) женщины. Грыженосители распределились по возрасту следующим образом: до 40 лет- 4%, от 40 до 60лет- 31%, свыше 60лет- 65%. У 46% грыженосителей выявлена недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) той или иной степени выраженности. В 62% случаев развитию ПОВГ сопутствовало ожирение. Интересно отметить, что применение бандажа в послеоперационном периоде не оказало положительного влияния на частоту развития ПОВГ 61% грыженосителей применяли бандаж в послеоперационном периоде. Обсуждение. На частоту формирования послеоперационных грыж в значительной мере влияют факторы непосредственно не связанные с оперативным вмешательством. Это конституциональные,

поло- возрастные особенности и наследственно обусловленное состояние соединительной ткани. Выводы. 1)Выявление и правильная оценка предикторов грыжеобразования в предоперационном периоде позволяют хирургу выбрать адекватный метод профилактики развития ПОВГ. 2) Исходя из природы этих факторов наиболее действенными, по нашему мнению, являются способы протезирования недостаточной функции соединительной ткани в области оперативного вмешательства, такие как превентивное эндопротезирование.

231.СИНДРОМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ - ВЕДУЩЕЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗВЕНО В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Федосеев А.В. (1), Муравьев С.Ю.(1), Донюкова С.П. (2),
Байрошевская Е.А. (2), Угарова И.В. (2)*

Рязань

1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России 2) ГБУ РО «ГКБСМП»

Введение. Многие пациенты с острым панкреатитом (ОП) поступают в поздние сроки заболевания, с чем связана частота инфицированности панкреатогенных образований при остром панкреатите достигающая 58,6%, в основном за счет транслокации микроорганизмов, населяющих кишечник. Поэтому изучение влияния синдрома энтеральной недостаточности и поиск путей его ранней коррекции имеет важное прогностическое значение для исхода заболевания. Материалы и методы. Работа основана на про- и ретроспективном анализе результатов лечения 949 больных с острым панкреатитом в ГБУ РО ГК БСМП г. Рязани. Оценку тяжести синдрома энтеральной недостаточности (СЭН) использовали схему проф. Н.В. Завада и соавт. Основную группу составили 168 пациентов с различными формами ОП, которым на фоне проводимой инфузионной, антибактериальной и антикоагулянтной терапии после предварительной интраабдоминальной инфузии 200 мл анолита и уменьшения количества застойного желудочного отделяемого назначали комбинацию препаратов «Дюфалак» и «Линекс», а контрольную - 211 пациент, которым проводился стандартный комплекс процедур для купирования ОП. Критерий исключения - отсутствие у больного клиники СЭН. Определение тяжести и прогноза ОП проводили по Ю. Л. Шевченко. Тяжесть хирургического эндотоксикоза определяли с помощью лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) Кальф-Калифа Я.Я., ядерного индекса Даштаянца Г.Д. (ЯИ), лимфоцитарного индекса Гаркави (ЛИ), индекса иммунореактивности (ИИР) Д.О. Иванова. Результаты. У больных с ОП СЭН выявлен в 65,6% (622 чел.) случаев, без него прошло 34,4% (327 чел.) наблюдений. Вместе с тем I степень СЭН установлена в 403 (42,5%) случаях, II степень – в 162 (17,1%), а III степень – в 57 (6%). Зарегистрирована зависимость развития СЭН при увеличении тяжести ОП ($r=1,283$; $p<0,05$). При этом у больных с ОП подтверждено влияние СЭН на прогресс эндогенной интоксикации ($r=1,218$; $p<0,05$). Также имеется связь между развитием СЭН, увеличением ЯИ ($r=1,705$; $p<0,05$), падением ЛИ ($r=0,684$; $p<0,05$) и снижением ИИР ($r=1,483$; $p<0,05$). Применение пре-

и пробиотика к 10-му дню проводимого лечения между группами появилась разница в уровне ЛИИ ($t_{Ст}=-1,711$; $p>0,05$), Положительные изменения ЛИ наметились к 7-му после начала энтеральной коррекции. Особенностью лечения больных с ОП явилось то, что температурная кривая на всем протяжении периода наблюдения менялась не значительно. В то же время в основной группе уже к 10-му дню выявлено снижение тяжести ОП в среднем до $4,77 + 0,201$ балла, а к 14-м суткам – до $3,43 + 0,317$ балла. В контрольной группе к 10-му дню лечения тяжесть ОП была равна $5,73 + 0,478$ балла, то есть выше, чем в основной группе ($t_{Ст}=0,722$; $p<0,05$). Энтеральная коррекция у больных острым панкреатитом к 14-му дню проводимого лечения купировала СЭН у 36,3% (61 чел.) больных, в отличие от 12,3% (26 чел.) больных контрольной группы ($t_{Ст}=0,814$; $p<0,05$). Это сопровождалось 10,1% случаев инфекционных осложнений и летальностью в 1,2% , что меньше, чем 16,6% случаев осложнений ($t_{Ст}=0,845$; $p<0,05$) и 2,8% летальности контрольной группы. Выводы: 1. Увеличение тяжести острого панкреатита сопровождается развитием стрессового иммунодефицита. 2. У больных с острым панкреатитом степень синдрома энтеральной недостаточности коррелирует с тяжестью основного заболевания, что усугубляет эндогенную интоксикацию и дефицит иммунного ответа, приводя к развитию инфекционных осложнений. 3. Энтеральная коррекция у больных ОП к 14-му дню проводимого лечения позволяет купировать СЭН у 36,3% больных, в отличие от 12,3% больных без нее. Это сопровождается снижением инфекционных осложнений и летальности.

232.КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Оралов А.М., Покровский Е.Ж., Драчев И.А., Балагуров Б.А.

Иваново

ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ
Кафедра госпитальной хирургии

Актуальность. В хирургической практике раны всегда имели особое значение. Среди гнойных ран особняком стоят трофические язвы нижних конечностей. По литературным данным в мире более 3 миллионов людей страдает данной патологией. Причины многообразны. Одной из основных (более 50%) является та или иная патология вен нижних конечностей. Местное лечение гнойной раны зависит от фазы течения процесса и представляет определенную сложность. В этой связи использование и внедрение новых методов местного воздействия (в частности ультразвука) чрезвычайно актуально. Материалы и методы. Ультразвук низких частот обладает рядом свойств: антибактериальным, противовоспалительным, спазмолитическим, противоаллергическим, болеутоляющим, гипотензивным. Нами использовался ультразвуковой диссектор Sonosa 190, который имеет 2 частоты работы 25 кГц и 55кГц. Для обработки ран использовалась частота 25кГц. Мы изучили эффективность его использования при лечении гнойных ран. В исследовании приняли участие две группы

пациентов с диагнозом варикозная болезнь нижних конечностей СЕАР 6 площадь язвенного дефекта составляла от 5 до 15 см². Всем больным проводилась стандартная медикаментозная терапия, выполнялись перевязки с использованием мази «Левосин». У пациентов группы сравнения дополнительно проводилась обработка язвенного дефекта при помощи аппарата SonoSca 190 насадкой «Двойной шарик» в течение 30 секунд 1см² с раствором хлоргексидина биглюконата 0,5% на мощности 80% - 40%. Результаты исследования. Нами были получены следующие результаты: сроки исчезновения налета фибрина и некротические массы на поверхности язв, в группе сравнения 2±1 дня, в контрольной 9±4 дня; срок исчезновения гиперемии краев язвы, в группе сравнения 3±1 дня, в контрольной 7±3 дня; сроки появления грануляций, в группе сравнения 4±1 дня, в контрольной 7±2 дня; сроки появления краевой эпителизации в группе сравнения 7±1 дня, в контрольной 14±3 дня; по ощущениям пациентов болевой синдром во время перевязок в группе сравнения был меньше в 2 раза. Обсуждение. Полученные результаты убедительно показывают эффективность использования в схеме лечения трофических язв ультразвука с частотой 25 кГц. Очищение язвы происходит в четыре раза быстрее, при этом значительно повышается комфорт самой перевязки. В два раза быстрее происходит уменьшение признаков воспаления и появления грануляций и в последующем эпителизации. Выводы. 1) При использовании ультразвукового диссектора в более ранние сроки поверхность язвы очищается, появляются грануляции и краевая эпителизация, тем самым появляется возможность использования кожной пластики при больших язвенных дефектах; 2) При использовании ультразвукового диссектора уменьшаются болевые ощущения во время перевязки больных при удалении некротических масс. 3) При использовании ультразвукового диссектора уменьшаются сроки лечения и временной нетрудоспособности. 4) Лечение пациентов с трофическими язвами нижних конечностей на фоне варикозной болезни можно проводить не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях, что не мало важно в условиях страховой медицины. Рекомендации. Эффективность ультразвука в лечении гнойных ран позволяет рекомендовать его для широкого практического применения.

233.ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ БЕДРА

Федосеев А.В., Бударев В.Н., Мансур А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. Современная травматология весьма чувствительна к различным острым стрессовым патологическим процессам в пищеварительной системе. Дело в том, что наиболее эффективные её методы лечения не могут быть осуществлены, если у пациента имеются язвы или эрозии желудочно-кишечного тракта. Этим обусловлена актуальность

изучения данного вопроса. Цель исследования: изучить частоту осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта при переломах шейки бедра и их влияние на лечебную тактику. Материалы и методы. Исследование основано на изучении результатов лечения в больнице скорой медицинской помощи города Рязани в 2013-2015 годах 200 пациентов с диагнозом перелом шейки бедра. Всем пациентам было показано и планировалось оперативное лечение. В рамках подготовки к операции производилась фиброгастродуоденоскопия с использованием видеоэндоскопа фирмы «Olympus». Среди пациентов, включённых в исследование, было 64 мужчины (32%) и 136 женщин (68%). В возрасте до 44 лет было 15 пациентов (7,5%), от 45 до 59 лет – 40 (20%), от 60 до 74 лет – 68 (34%), от 75 до 89 лет – 74 (37%), от 90 до 100 лет – 3 (1,5%). Результаты исследования. В ходе эндоскопических исследований были получены следующие результаты: атрофический гастрит – 54 случая (27%), умеренно выраженный гастрит – 16 случаев (8%), поверхностный гастрит – 43 случая (21,5%), эрозивный гастрит – 17 случаев (8,5%), геморрагический гастрит – 2 случая (1%), язва желудка – 12 случаев (6%), эрозия желудка – 12 случаев (6%), гастродуоденит – 9 случаев (4,5%), острый гастрит – 3 случая (1,5%), очаговый гастрит – 9 случаев (4,5%), полип желудка – 4 случая (2%), полип 12-типерстной кишки – 1 случай (0,5%), язва луковицы 12-типерстной кишки – 7 случаев (3,5%), эрозия пищевода – 3 случая (1,5%), варикозное расширение вен пищевода – 2 случая (1%), дуоденогастральный рефлюкс – 4 случая (2%), бульбит – 2 случая (1%). Было выявлено 19 случаев язв (9,5%) и 34 случая эрозивных изменений в желудочно-кишечном тракте (17%). Таким образом, у 53 пациентов из 200, то есть у 26,5%, операция была отменена из-за осложнений, возникших в пищеварительной системе. Анализ полученных данных позволяет подтвердить тот постулат, что выявленные язвы являются в первую очередь острыми, а не обострившимися на фоне травмы хроническими процессами. Язвы были выявлены у 19 из 200 больных, то есть у 9,5%. При этом распространённость язвенной болезни в России по данным разных авторов не превышает 3-4%, то есть цифру в 2,5-3 раза меньшую. Соотношение язв желудка и язв 12-типерстной кишки при язвенной болезни в нашей стране составляет 1:2. Мы же в нашем исследовании получили обратную цифру: соотношение 1,7:1 в пользу язв желудка. Причина этого эффекта в том, что именно желудок является «излюбленной» локализацией острых стрессовых язв. Выводы 1. У 26,5% пациентов с переломом шейки бедра в ходе эндоскопического исследования выявляются изменения со стороны пищеварительной системы, не позволяющие выполнить оперативное лечение в намеченный срок. 2. Частота выявления язв желудка и 12-типерстной кишки у пациентов с переломом шейки бедра составляет 9,5%, что в 2,5-3 раза превышает распространённость язвенной болезни по России. 3. У пациентов с переломом шейки бедра преобладают язвы желудка, встречающиеся в 1,7 раза чаще, чем язвы 12-типерстной кишки, что доказывает острый характер большинства выявляемых поражений.

234. ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНЫХ ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Бударев В.Н., Федосеев А.В., Мансур А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы язвенных желудочно-кишечных кровотечений не вызывает сомнений. Такие факты, как распространённость рассматриваемой проблемы, не совсем удовлетворительные результаты лечения, отсутствие общепринятых подходов к ведению рассматриваемой категории больных требуют проведения научных изысканий по выработке рациональных тактических решений при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях. Цель исследования: выработка рациональных тактических решений при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях путём критического анализа национальных клинических рекомендаций Российского общества хирургов, произведённого в условиях отказа от эндоскопического гемостаза. Материалы и методы. Исследование основано на анализе работы 1,2,3 хирургических отделений больницы скорой медицинской помощи города Рязани в 2016 году по оказанию помощи больным с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями. Результаты исследования. Национальные клинические рекомендации Российского общества хирургов, сформулированные на съезде 2014 года в городе Воронеж, в настоящее время являются наиболее законченными и чётко сформулированными рекомендациями по ведению больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями. В 2016 году в больницы скорой медицинской помощи города Рязани в связи с одновременным выходом из строя всех имеющихся торцевых эндоскопов (мы не обсуждаем это явление, а принимаем его как состоявшийся факт) вынужденно пришлось отказаться от эндоскопического гемостаза. Сложившаяся ситуация, при всей своей негативной окраске, позволила на практике проверить значимость ряда рекомендаций согласительной комиссии 2014 года. За 2016 год в наш стационар поступило 187 больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями, из них 74 случаев кровотечений из язв желудка, 113 случаев кровотечений из язв 12-типерстной кишки. Стратификация пациентов по классификации J.F. Forrest была следующей: FI-A – 0% (0 человек), FI-B – 3,2% (6 человек), FII-A – 1,6% (3 человека), FII-B – 69% (129 человек), FII-C – 26,2% (49 человек). Следует отметить, что не было ни одного пациента с продолжающимся струйным кровотечением (FI-A), а у подавляющего большинства пациентов (69%) был выявлен фиксированный к язве тромб. Таким образом, точек приложения для ургентного эндоскопического гемостаза практически не было, и они появились бы в большом количестве только при выполнении пункта клинических рекомендаций, требующего смывать выявленные тромбы и обрабатывать дно язвы. За время пребывания в стационаре у 6,4% пациентов (12 человек) возник рецидив кровотечения, все эти пациенты были прооперированы в экстренном порядке. Интересно отметить, что у всех этих пациентов при первичной ФГДС стратификация соответствовала группе FII-B по J.F. Forrest, то есть была далека от наиболее критичных вариантов, традиционно рассматриваемых как наиболее подверженные возникновению рецидива. Из 12 случаев возникновения рецидива кровотечения у 7 пациентов при первичном осмотре были выявлены гигантские либо циркулярные язвы, а у 5 пациентов имелась тяжёлая

сопутствующая соматическая патология (последствия острого нарушения мозгового кровообращения, ишемическая болезнь сердца, тяжёлое течение сахарного диабета). Таким образом, у 100% прооперированных больных ещё при первичном осмотре или сборе анамнеза легко выявлялись признаки, свидетельствующие о крайне высокой опасности возникновения рецидива кровотечения. Выводы: 1. При наличии у пациента продолжающегося язвенного кровотечения FI-B по J.F. Forrest успешное консервативное лечение без применения эндоскопического гемостаза возможно и достаточно эффективно (случаев оперативного лечения в данной группе пациентов не отмечено). 2. У пациентов без явных признаков угрозы рецидива кровотечения эндоскопическая профилактика не является обязательным условием успешного лечения (рецидивов кровотечения в данной группе пациентов не отмечено). 3. Стратификация язвенных кровотечений по классификации J.F. Forrest не позволяет выявить пациентов с высоким риском рецидива кровотечения (100% рецидивов были отмечены в группе FII-B по J.F. Forrest). 4. Наиболее значимые параметры прогнозирования рецидива язвенного кровотечения – размер язвенного дефекта и наличие тяжёлой сопутствующей соматической патологии. 5. В настоящее время роль эндоскопической профилактики рецидивов язвенных кровотечений представляется несколько переоцененной. В то же время, перспективным направлением улучшения результатов лечения пациентов с рассматриваемой патологией представляется выявление наиболее достоверных предикторов рецидивов кровотечений.

235. ПРОБЛЕМА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Жданов А.И. (1), Алимкина Ю.Н. (1,2), Кокин Е.Ф. (2)

Воронеж

1) ВГМУ им. Н.Н. Бурденко 2) ВОКБ №1

Актуальность. По данным исследований частота заболеваемости острым панкреатитом неуклонно увеличивается. Деструктивные изменения при остром панкреатите развиваются у 20-25% больных. По данным разных авторов смертность среди пациентов с панкреатогенным сепсисом составляет 15-80%. С позиций диагностики, фармако-экономических показателей эта группа пациентов является наиболее тяжёлой. Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 23 пациентов с инфицированным панкреонекрозом, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии Воронежской областной клинической больницы №1 с января по декабрь 2016 года. Основным критерием включения являлось наличие распространённой формы панкреонекроза. Средний возраст пациентов составил $44,8 \pm 1,6$ лет. Средняя продолжительность заболевания до момента госпитализации составила $28 \pm 3,7$ дня. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила $41 \pm 4,3$ дня. Для оценки тяжести острого панкреатита использовали

компьютерно-томографический индекс тяжести по Balthazar et al. (1990): в исследуемой группе КТ-индекс тяжести составил 6-10 баллов; острый воспалительный процесс находился в стадии Д-Е; оценка панкреонекроза - 4-6 баллов. Всем пациентам проведены оперативные вмешательства: в 78,3% случаев (18 пациентов) лечение было этапным - первым этапом проводили малоинвазивное вмешательство, в дальнейшем выполняли открытую операцию; у 8,7% (2 пациента) были выполнены малоинвазивные манипуляции под ультразвуковым или КТ-контролем, у 13% (3 пациента) - только открытая операция. Забор биологического материала для проведения бактериологического исследования, определения чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам проводили во время малоинвазивных процедур или хирургической санации гнойного очага, также исследовали гемокультуру. Дополнительно определяли уровень прокальцитонина (ПКТ) плазмы крови полуколичественным методом. Пороговым уровнем считали концентрацию ПКТ > 1,8 нг/мл. В исследуемой группе пациентов летальность составила 35% (8 человек). Полученные результаты. Анализ результатов посевов при инфицированном панкреонекрозе выявляет чёткий бактериальный спектр. Эта группа представлена грамотрицательными микроорганизмами. Наиболее часто встречающиеся из них клебсиелла – 28%, псевдомонады (в том числе синегнойная палочка) – 28% и энтеробактер – 16%. Положительная гемокультура выявлена лишь у 37,5% пациентов. Выделенные микроорганизмы были представлены кишечной палочкой, золотистым стафилококком, в одном случае выделены грибы рода Кандида. ПКТ < 0,5 выявлен у 6 пациентов (26,1%), ПКТ ? 2 - у 7 (30,4%), ПКТ ? 10 – у 10 (43,5%). По результатам проведённых бактериологических посевов у пациентов с инфицированным панкреонекрозом отмечена высокая резистентность выделенной микрофлоры к ципрофлоксацину – 85%, цефтазидиму – 75%, цефепиму – 81%, имипенему и меропенему – 39 и 41% соответственно, а также к левофлоксацину и гентамицину – по 50%. Отмечена высокая чувствительность к амикацину, «защищенным» пенициллинам и цефалоспорином – 87-88%. Обсуждение. Проявления системного воспалительного ответа выявлены у 23 пациентов (75%) с тяжёлыми формами деструктивного панкреатита. Положительная гемокультура является достоверным признаком сепсиса, однако, по данным ряда авторов, даже такой наиболее достоверный признак, как бактериемия, обнаруживается лишь у 45–48% больных. Выводы. Высокая летальность требует оптимизации путей решения проблемы панкреатогенного сепсиса. С учётом значительной резистентности выделенных возбудителей к фторхинолонам, цефалоспорином 3-4 поколения, карбапенемам препаратами выбора могут стать «защищённые» пенициллины и цефалоспорины. В лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом необходимо предусмотреть оценку в динамике изменения уровня ПКТ крови с исследованием крови больного на стерильность. Для выбора оптимального варианта антибиотикотерапии необходимо проводить мониторинг микрофлоры с целью коррекции схем лечения и ротации антибиотиков.

236. СРАВНЕНИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ТРОМБОЗА ЗОНЫ РЕКОНСТРУКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ

Парфенов Е.И., Лазаренко В.А., Бобровская Е.А., Криворутченко В.Б., Швец А.А.

Курск

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра хирургических болезней факультета последипломного образования

Введение: реконструктивные операции на брюшной аорте и артериях нижних конечностей являются наиболее распространенными и проблемными в сосудистых центрах России. Материалы и методы: проведено изучение двух групп пациентов – больные с развитием ранней тромботической окклюзии после операции на брюшной аорте и артериях нижних конечностей (n=44) и индивидуумов контрольной группы (n=35). Анализировались результаты клиничко-лабораторных показателей и данные генетического тестирования этих индивидов по локусам 455 G/A FGB, 677 C/T MTHFR, позволяющие дискриминировать индивидов на две группы. Для этих двух групп пациентов получены две дискриминантные функции, которые включают следующие клиничко-лабораторные показатели: уровень Д-димера в крови, уровень гомоцистеина в крови и количество тромбоцитов, уровень фибриногена, антитромбина III, ЛПНП и ЛПВП в крови и генетические варианты по локусам 455 G/A FGB и 677 C/T MTHFR. Эти клиничко-лабораторные показатели имеют более высокий уровень у пациентов с ранним тромбозом зоны реконструкции в отличие от контрольной группы. Ранее нами было выявлено, что комбинация генетических вариантов 455 A FGB и 677 T MTHFR является фактором риска развития раннего тромбоза зоны реконструкции после операций на брюшной аорте и артериях нижних конечностей (OR=4,0). Уравнение линейной дискриминантной функции (ЛДФ) имеет следующий вид: $y = a_1x_1 + a_2x_2 + a_3x_3 + \dots + a_nx_n + C$, где x_i – информативные признаки, a_i – коэффициенты для данных признаков, C – константа. В данном случае мы имеем следующие уравнения ЛДФ: 1) для отнесения в группу больных с ранним тромбозом зоны реконструкции после операции на брюшной аорте и артериях нижних конечностей $y = -101,554 + 8,549x_1 + 5,193x_2 + 1,733x_3 + 0,154x_4 + 3,796x_5 + 0,735x_6 + 1,255x_7 + 8,135x_8$, 2) для отнесения в контрольную группу (индивиды без признаков облитерирующих заболеваний аорты и артерий нижних конечностей) $y = -71,4118 + 6,1074x_1 + 1,6767x_2 + 1,0168x_3 + 0,1197x_4 + 2,8396x_5 + 0,6612x_6 + 2,4880x_7 + 6,1074x_8$, где x_1 – генетический полиморфизм 455 G/A FGB, 677 C/T MTHFR (1- комбинация аллелей 455 A FGB и 677 T MTHFR, 2- другие комбинации генетических вариантов по локусам 455 G/A FGB и 677 C/T MTHFR), x_2 – уровень Д-димера в крови (мкг/мл), x_3 – уровень гомоцистеина в крови (ммоль/л), x_4 – количество тромбоцитов в крови ($\times 10^9$ /л), x_5 – уровень фибриногена в крови (г/л), x_6 – уровень антитромбина III в крови (%), x_7 – уровень ЛПНП в крови (ммоль/л), x_8 – уровень ЛПВП в крови (ммоль/л). В среднем процент правильных дискриминаций в группу больных с ранним тромбозом зоны реконструкции после операции на брюшной аорте и артериях нижних конечностей и в контрольную группу на основе данных о генетических вариантах по локусам 455 G/A FGB, 677 C/T MTHFR и клиничко-лабораторных показателях (уровень Д-димера, гомоцистеина в крови, количество тромбоцитов в крови, уровень фибриногена, антитромбина III, ЛПНП и ЛПВП в крови) составляет 97,47% (по сравнению с

93,67% в ЛДФ без учета генетических вариантов). Максимальное значение нового признака у для данного пациента, полученное при расчётах в уравнении ЛДФ для больных с ранним тромбозом зоны реконструкции, позволяет отнести этого пациента в группу с высоким риском раннего тромбоза в зоне реконструкции. Дальнейшее амбулаторное наблюдение за больным выявило развитие тромбоза в зоне пластики бедренной артерии через 3 месяца после операции. Выводы: разработанная нами модель прогнозирования риска развития раннего тромбоза зоны реконструкции с учетом влияния клинико-лабораторных показателей показывает более высокий процент точности прогноза. Это дает возможность более точного выявления больных с повышенным риском развития раннего тромбоза зоны реконструкции с целью подбора максимально эффективных способов медикаментозной профилактики тромбозов и активного динамического наблюдения за этой группой больных в послеоперационном периоде.

237.ОСОБЕННОСТИ ПАРАПРОТЕЗНОЙ КАПСУЛЫ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ СИНТЕТИЧЕСКИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОРОТАТА КАЛИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Иванов С.В., Иванов И.С., Тарабрин Д.В.

Курск

Курский государственный медицинский университет

Актуальность. Изучение течения динамики раневого процесса в зоне эндопротезирования на фоне применения препаратов, стимулирующих регенераторные процессы представляется актуальным. Исходя из этого, очень важен поиск оптимального синтетического материала и методов воздействия на процессы коллагенообразования. Это позволит улучшить результаты лечения больных с грыжами передней брюшной стенки. Цель исследования: сравнить в эксперименте динамику образования соединительно-тканной капсулы вокруг полипропиленового эндопротеза и самофиксирующегося протеза на фоне применения препарата, стимулирующего синтез коллагена. Материалы и методы. Экспериментальное исследование выполнено на 185 половозрелых особях сингенных белых лабораторных мышей-самцов, средним весом 45-50 гр. Все животные были разделены на 4 серии: 1-я серия – имплантировали эндопротез «Эсфил» на переднюю брюшную стенку; 2-я серия – имплантировали эндопротез «Parietene ProGrip»; животным 3-й и 4-й серии имплантировали эндопротезы «Эсфил» и «Parietene ProGrip» соответственно и добавляли в кормовой рацион препарат «Оротат калия» из расчета 0,75 мг на одно животное в сутки. Вывод из эксперимента производили на 7, 10, 30, 60, 90 сутки. Для последующего гистологического исследования брали участок передней брюшной стенки размером 1,0 x 1,5 см. вместе с эндопротезом и окрашивали гематоксилином и эозином по стандартной методике. Далее подсчитывали количество фибробластов, лимфоцитов, макрофагов и нейтрофилов. Выводы. 1. Эндопротез «Parietene ProGrip» в сравнении с эндопротезом «Эсфил» обладает большей биологической

инертностью. 2. Применение оротата калия приводит к статистически достоверному ускорению коллагенообразования в зоне стояния эндопротеза за счет относительного увеличения количества фибробластов в 1,43 раза уже на 7-е сутки после имплантации эндопротеза «Эсфил» и в 1,06 раз при имплантации эндопротеза «Parietene ProGrip». 3. На сроках наблюдения от 30-х до 90-х суток после имплантации вокруг эндопротеза «Parietene ProGrip» в сочетании с оротатом калия быстрее происходит формирование зрелой, двуслойной соединительнотканной капсулы. Динамика относительного увеличения количества механоцитов в капсуле достоверно ($p < 0,05$) превышает на этих сроках значения в аналогичной серии исследования с материалом «Эсфил» в 1,03, 1,14 и 1,10 раз соответственно.

238.ВЛИЯНИЕ ОРОТОВОЙ КИСЛОТЫ НА СИНТЕЗА КОЛЛАГЕНА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СИНТЕТИЧЕСКИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Иванов С.В., Иванов И.С., Тарабрин Д.В.

Курск

Курский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время вопросы лечения грыж передней брюшной стенки остаются не решенными. Применение новых эндопротезов в сочетании со стимуляторами коллагеногенеза позволяет достичь высоких результатов в лечении вентральных грыж. Цель. Сравнить биосовместимость синтетических эндопротезов «Эсфил» (ЭС) и «Parietene ProGrip» (PR) в эксперименте и влияние оротовой кислоты (ОК) на синтез коллагена. Материалы и методы. Экспериментальное исследование выполнено на 200 особях сингенных белых лабораторных мышей. Все животные были разделены на 4 группы, по 50 животных в каждой, в зависимости от вида имплантированного эндопротеза и введения в пищевой рацион ОК. Всем животным моделировали пластику OnLay. Вывод мышей из эксперимента производили на 7, 10, 30, 60, 90 сутки. Далее полученные гистологические препараты передней брюшной стенки с эндопротезом, окрашивали пикросириусом красным (Sirius Red) и исследовались при помощи поляризационной микроскопии. Анализ соотношения типов коллагена (ТК) осуществляли по цветовой гамме, индивидуальной для каждого типа. Основываясь на полученных данных, рассчитывали коэффициент соотношения коллагена I типа к III типу и оценивали степень зрелости соединительной ткани. Изучение плотности коллагеновых волокон производили определение концентрации пикселей на дюйм при помощи графического редактора. Результаты и обсуждения. При изучение микропрепаратов в группах без применения ОК при использовании материала ЭС и PR выявлены отличия в соотношении типов коллагена, структурной особенности парапротезной капсулы. На ранних сроках (7, 10 сутки) при микроскопии капсула выражена незначительно, имеет зеленую окраску, что характерно для коллагена III типа. Достоверно значимые отличия в соотношении ТК

наблюдаются лишь с 30-х суток эксперимента при использовании ЭС и PR (1,22 и 1,36 соответственно), и продолжаются на всем его протяжении. На 90-е сутки соотношение ТК при эндопротезировании ЭС - 1,75, а при PR – 2,31 ($p > 0,05$). Следует отметить строго направленные коллагеновые волокна в парапротезной капсуле при использовании PR. Капсула при использовании ЭС менее выражена и имеет с своей структуре участки рыхлой волокнистой соединительной ткани (РВСТ). Таким образом, показывается лучшая биосовместимость и течение процесса коллагеногенеза при использовании эндопротеза PR. При оценке соотношения коллагена I и III типов в парапротезной капсуле при использовании эндопротезов ЭС и PR и добавления в пищевой рацион мышей препарата ОК, нами выявлены достоверные отличия в структуре капсулы, динамике коллагеногенеза, окраске препаратов. Соотношение ТК при использовании ЭС 0,91 и при PR 1,03 на 7 сутки, 0,95 и 1,04 соответственно на 10 сутки ($p > 0,05$). Соотношение коллагена I и III типов при имплантации эндопротеза PR (1,92) достоверно больше в сравнении с группой животных, которым имплантировался ЭС (1,49) ($p > 0,05$). К концу эксперимента соотношение ТК в группе с PR в 1,4 раза выше, чем в группе с использованием ЭС. ($p > 0,05$). Плотность коллагеновых волокон (ПКВ) оценивали с 30-х суток, в связи с выраженностью парапротезной капсулы. При использовании PR на 30-е сутки ПКВ составила $182,5 \pm 13,3$ pixel/дюйм, а в группе с ЭС $134,4 \pm 15,6$ pixel/дюйм. В группах без применения ОК 90-е сутки эксперимента характеризуются достоверным повышением ПКВ. PR- $278,1 \pm 19,5$ pixel/дюйм, ЭС- $239,8 \pm 11,2$ pixel/дюйм ($p > 0,05$). Применение ОК благоприятно отражается и на структурной характеристике парапротезной капсулы. Уже на 10-е сутки в группе с применением PR ПКВ составляет $178 \pm 14,6$, что сопоставимо с 30-ми сутками в группе без использования ОК. К 30-м суткам ПКВ составила $227,1 \pm 17,4$, а к 90-м – $324,5 \pm 13,1$, что достоверно выше в сравнении с группой животных, где использовался PR без ОК. Применение ОК в группе с ЭС имеет достоверные отличия в сравнении с группой без его использования. На 30-е сутки ПКВ составила $165,43 \pm 16,1$, а на 90-е – $273 \pm 13,2$ при $p > 0,05$. Так же отмечены лучшие результаты при использовании PR и ОК в сравнении с группой мышей, которым имплантировался ЭС и добавлялся ОК в пищевой рацион ($324,5 \pm 13,1$ и $273 \pm 13,2$ соответственно) при $p > 0,05$. Выводы. 1. При использовании PR без применения ОК отмечаются лучшие процессы коллагенообразования в сравнении с ЭС. 2. Препарат ОК оказывает стимулирующее действие на синтез коллагена. 3. Метод поляризационной микроскопии позволяет оценить качественные и структурные характеристики парапротезной капсулы. 4. ПКВ достоверно выше при использовании эндопротеза PR в сравнении с ЭС и достигает своего максимума при добавлении в пищевой рацион ОК.

239. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ОТКРЫТОГО ДОСТУПА ПРИ АППЕНДЕКТОМИИ

Кириллин А.В.(1,2), Шалыгин А.Б.(1,2), Горбачева И.В.(1,2), Гинойн С.Л.(1)

Москва

1. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 2. ГБУЗ "ГКБ им. И.В. Давыдовского" ДЗМ

Актуальность: В ургентной хирургии доля аппендэктомии составляет от 20 до 50 %. Социальная значимость заболевания определяется тем, что острый аппендицит встречается преимущественно у лиц молодого трудоспособного возраста. Поиск экономически эффективных и дающих отличные косметические результаты доступов сделали лапароскопическую аппендэктомию основным вмешательством при остром аппендиците. Однако накопленный опыт требует осмысления результатов и определения места, открытого и лапароскопического доступа. Цель работы: Улучшить качество лечения больных с различными формами аппендицита на основании сравнительной оценки эффективности лапароскопического и открытого доступа при аппендэктомии. Материалы и методы: Изучены результаты лечения 427 больных с различными формами острого аппендицита за период с 2014 по 2016 г. Лапароскопическая аппендэктомию выполнена у 289 больных (1-я группа). Контрольная группа (2-я группа) - 132 пациентов, которым аппендэктомию была выполнена открытым способом. Средний возраст пациентов в 1-й группе составил 35,8 года, во 2-й — 42,1 года. Операционный доступ в 1-й группе у всех пациентов осуществляли путем введения трех троакаров в стандартных точках, во 2-й группе у всех пациентов операционный доступ осуществляли традиционным способом по Волковичу–Дьяконову. Из исследования исключены больные с острым аппендицитом, осложненным распространенным перитонитом на момент поступления. Острый флегмонозный аппендицит составил 85%, Острый гангренозный аппендицит 15%. Распределение нозологических форм равномерно в обеих группах. Периаппендикулярные осложнения (абсцесс, инфильтрат) также встречались с одинаковой частотой в обеих группах в целом за время наблюдения. Однако в течение последнего года в связи с дифференцированным подходом во 2 группе абсцессы встречались в 80% случаев. «Открытым» доступом оперировались больные с выявленными на этапе осмотра с большими периаппендикулярными абсцессами. Результаты: Преимуществом лапароскопического доступа является возможность полноценной ревизии органов брюшной полости, визуализация отростка с «трудным» расположением, малая продолжительность госпитализации, низкая потребность в анальгетиках, хороший косметический эффект. Однако при неясном диагнозе лапароскопия при выявлении сформированного периаппендикулярного абсцесса больших размеров или выявленного периаппендикулярного инфильтрата носит обзорный характер и дает возможность скорректировать оптимальное расположение доступа или место установки дренажа. При сравнении количества послеоперационных осложнений при неосложненном аппендиците в 1 группе составили 0,5% во 2 группе- 5%. Активизация после операции 4,1 часа в 1 группе, 9,5 ч- во 2 группе. В послеоперационный период болевой синдром длительнее всего сохранялся во второй группе, соответственно, и продолжительность применения анальгетиков была большей в этой группе. Наименьшие показатели зафиксированы для традиционной лапароскопической аппендэктомии и составили 5,1. Продолжительность реабилитационного периода в 1 группе

составила 7,3 с, а во 2 группе- 18,5 с Во время осмотра через 1 — 3 мес., после выписки из стационара, оценили косметический эффект как отличный 83,2 % пациентов 1-й группы, 17,5 % — 2-й группы; Выводы: Использование лапароскопического доступа целесообразно выполнять при неосложненных формах аппендицита, вне зависимости от гистологической формы заболевания, что позволяет сократить пребывание в стационаре в 2 раза, ускорить процесс реабилитации и восстановление трудоспособности, что является экономически выгодным и является методом выбора. Однако при наличии отграниченных периаппендикулярных осложнений лапароскопия может носить обзорный характер исключая другую патологию и позволяет оптимизировать дальнейшую тактику оперативного пособия.

240. КОНЦЕПЦИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

Коджоглян А.А., Качалов А.Ю., Голяков О.В., Кульбеков Б.А., Серегичева Е.В.

Долгопрудный, Московская область.

ГБУЗ МО «Долгопрудненская центральная городская больница»

В ургентной хирургии на долю воспаления червеобразного отростка приходится 4-5 случаев на 1000 человек, по данным некоторых авторов заболеваемость достигает 7% среди всего населения земного шара. Количество больных с подозрением на острый аппендицит (ОА) составляет от 20 до 50% от числа всех экстренно госпитализируемых в общехирургические стационары, а количество аппендэктомий достигает 28% по отношению ко всем неотложным абдоминальным вмешательствам. В связи с этим проблема диагностики и лечения ОА остается актуальной, сохраняя при этом значительное число диагностических и тактических ошибок, и составляет согласно данным некоторых авторов от 12 до 31 %. Наиболее перспективным направлением в свете улучшения результатов хирургического лечения ОА на современном уровне является использование малоинвазивных технологий, позволяющих повысить качество диагностики, минимизировать риск послеоперационных осложнений, и уменьшить сроки стационарного лечения пациентов. Мы располагаем опытом выполнения 350 лапароскопических аппендэктомий за период с 2012 по 2016 год, что составляет 85,5% от всех видеолапароскопий при подозрении на острый аппендицит. Причем динамика увеличения числа лапароскопических операций по отношению к открытым из года в год возрасала по мере накопления опыта хирургов с 15% в 2012 до 89% в 2016 году. Считаем, что установленный диагноз острого аппендицита является показанием к лапароскопической аппендэктомии. Выявленные до операции периаппендикулярный инфильтрат или абсцесс должны являться противопоказанием к ЛАЭ. Считаем также нецелесообразным продолжение операции лапароскопическим методом при обнаружении распространенного перитонита с парезом кишечника. В случае диагностированного периаппендикулярного абсцесса выполняем пункцию или дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ. Нами всего

выполнено 4 подобных манипуляции, из них в 2 случаях требовались повторные пункции. Почти 83% удаленных отростков при ОА морфологически соответствовали флегмонозной форме воспаления; 13% - гангренозных, в 3% обнаружены гангренозно-перфоративные изменения и в 1% катаральное воспаление. Оперативную технику применяем по стандартной методике Gotz. В типичных местах устанавливаем три порта. После ревизии и установки интраоперационного диагноза острого аппендицита брыжеечку отростка в режиме моно или биполярной электорокоагуляции пересекаем до основания. Аппендэктомию выполняем лигатурным способом с помощью петли Редера, которые накладываем одну за другой для исключения возможности формирования «слепого мешка». Слизистую оболочку культи обрабатываем йодом и бережной электрокоагуляцией. В случаях инфильтрации основания червеобразного отростка у 5 (1,4%) больного произвели перитонизацию культи в кисетный ручной интракорпоральный шов нитью полигликолид 3/0 на колющей игле 25 мм. Удаляем отросток, полностью погружая его в экстрактор или троакар, избегая инфицирования троакарной раны. Допустимо также использование контейнера. Выявленные во время лапароскопии перфорация ЧО вблизи основания, инфильтрация самого основания ЧО, или ретроперитонеальный аппендицит, распространенный перитонит без выраженного пареза ЖКТ, аппендицит с выраженным спаечным процессом в правой подвздошной ямке из-за ранее перенесенного воспаления, или предшествующих операций - не являлись противопоказанием к выполнению ЛАЭ. Нам представляется уместным и справедливым разграничить понятия «отказ» от выполнения ЛАЭ и «конверсия». На этапе лапароскопической ревизии у 36 (1 %) больных было решено отказаться от выполнения АЭ лапароскопическим методом. Основанием для этого считаем наличие выраженной инфильтрации купола слепой кишки – 13 (0,3 %) случаев, разлитой гнойный перитонит с парезом ЖКТ 16 (0,45%) случаев, плотный аппендикулярный инфильтрат 5 (1,4%) и периаппендиклярный абсцесс 2 (0,6%). Конверсий мы считаем вынужденный переход к открытой операции в силу технических обстоятельств, возникших при выделении отростка. В наших наблюдениях подобные ситуации встретились в следующих случаях: 1) выраженная инфильтрация купола слепой кишки с невозможностью формирования интракорпорального кисетного шва - 5 (1,4%) пациентов; 2) интраоперационное кровотечение из брыжеечки при неэффективности эндоскопического гемостаза – 4 (1,1%) пациента; 3) Прорезание лигатуры на основании- 2 (0,6%) пациента; 4) отказ оборудования – в 4 (1,1%) эпизодах. Структура послеоперационных осложнений: у 5 (1,4%) пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдали развитие инфильтрата в правой подвздошной ямке, в одном случае жидкостное скопление, которое потребовало пункции под УЗИ-контролем, нагноение троакарной раны выявлено у 10 (2,8%), в одном случае (0,3%) имело место развитие внутрибрюшного абсцесса с прорывом в брюшную полость (лапаротомия). У одного больного отмечен вялотекущий перитонит (0,3%), который потребовал повторного лапароскопического санитизирующего вмешательства. Летальность: после перенесенных ЛАЭ летальных исходов не было. Средний срок стационарного лечения неосложненного случая после ЛАЭ, в настоящее время не превышает 4 дней. Выводы: ЛАЭ при наличии достаточного опыта у хирурга и необходимой комплектации операционной может являться основным методом в лечении острого аппендицита условиях районной больницы.

241. ОПЕРАЦИОННАЯ WET-LAB – ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПОДГОТОВКЕ ХИРУРГОВ

*Хубезов Д.А., Пучков К.В., Пучков Д.К., Огорельцев А.Ю.,
Игнатов И.С., Родимов С.В., Евсюкова М.А.*

Рязань

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

Актуальность. В настоящее время практической подготовке молодых хирургов уделяется большое внимание, в связи с чем в большинстве медицинских вузов имеются хирургические кружки, где студенты развивают свои мануальные навыки на различных макетах и муляжах. Однако в начале своей практики хирурги сталкиваются со значительными трудностями, связанными с невозможностью применить свои отработанные навыки в конкретной клинической ситуации, что обусловлено отсутствием опыта работы на «живых» тканях и боязнью нанести вред пациенту. Преодолеть дистанцию между тренажером и реальной клинической ситуацией позволяет использование крупных лабораторных животных в учебных операционных. Нами предложен уникальный в своем роде проект обучения студентов лапароскопической хирургии в учебной операционной Wet-lab. Материалы и методы. В сентябре 2016 года была запущена программа обучения лапароскопической хирургии студентов Рязанского Государственного Медицинского Университета. На первом этапе среди студентов лечебного факультета 3-4 курсов, интересующихся абдоминальной хирургией, был проведен ряд отборочных конкурсов. По итогам отборочного этапа была отобрана команда из 10 человек, набравших наибольшее количество очков, с которыми велась дальнейшая работа. Второй этап включал в себя теоретическую часть (курс лекций) и практическую часть. Практическая часть заключалась в отработке базовых лапароскопических навыков на «сухих» тренажерах. По итогам специального зачетного занятия 5 студентов, показавших лучшие навыки владения лапароскопическими инструментами и глубокие теоретические знания, были допущены к следующему этапу. Третий (заключительный) этап – работа на лабораторных свиньях в операционной Wet-lab с наставником. К концу цикла каждый из студентов имел опыт ассистенции и самостоятельного выполнения следующих лапароскопических операций: холецистэктомия, аппендэктомия (моделирована на маточной трубе), наложение энтероэнтероанастомоза, различные виды герниопластик сетчатым имплантом. Вершиной подготовки стала аутотрансплантация почки с лапароскопическим забором органа. На итоговой стадии нашего исследования 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. Результаты. Участники основной группы имели значительно более лучший показатель OSATS по сравнению с участниками группы сравнения – в среднем 20 (в диапазоне от 20.5 до 21) против 10 (в диапазоне от 9 до 11); $p < 0.05$. Эффективность движений, оцененная с помощью измерения общей длины траектории движений, была также выше в основной группе, чем в контрольной – в среднем 6 (в диапазоне от 5 до 10) против 20 (в диапазоне от 18 до 22); $p < 0.05$. 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, $p < 0.05$. Обсуждение. Полученные результаты показали эффективность предложенного интенсивного курса обучения лапароскопической хирургии по сравнению с традиционной системой подготовки хирургов. Выполнение студентами-хирургами лапароскопических операций на лабораторных свиньях позволяет быстрее адаптироваться к «живым» тканям, быстро и эффективно преодолеть кривую обучения основным лапароскопическим навыкам, что гарантирует избежание стрессовых ситуаций в начале практической деятельности. Заключение. По нашему мнению, введение студентов в «большую» хирургию с ранних лет посредством обучения в учебной операционной Wet-lab позволит получить в итоге специалистов более высокого класса.

242.ЗАКРЫТЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ

Салахов Е.К.

Набережные Челны

ГАУЗ "Менделеевская ЦРБ"

Проведен анализ лечения 111 больных панкреонекрозом, осложнённым распространённым перитонитом. Основную группу составили 41 пациент, в терапии которых использовался закрытый способ лечения панкреонекроза. Среди них 12 пациентов, у которых применялась лапароскопическая санация брюшной полости в сочетании с ультразвуковой кавитацией, лапароскопическое дренирование сальниковой сумки, пункционное дренирование забрюшинного пространства под контролем УЗИ и 29 человек, которые перенесли лапаротомию по поводу панкреонекроза, осложнённым распространённым перитонитом, а затем проводили: лапароскопические санации брюшной полости с использованием асептических растворов; низкочастотную ультразвуковую обработку тканевых структур забрюшинного пространства через дренажи, установленными во время люмботомии или под контролем УЗИ. В контрольную группу вошли 70 пациентов, у которых использовались открытые способы лечения распространённого перитонита на фоне панкреонекроза: лапаротомия, люмботомия, оментобурсостомия. Пациентам проводился мониторинг печеночно-почечной функции, эндогенной интоксикации. В результате выявлено, что при использовании разработанной методики в раннем послеоперационном периоде наблюдаются хорошие клинико-лабораторные показатели, в частности отмечаются быстрое восстановление функционального состояния печени, снижение эндогенной интоксикации, существенное уменьшение летальности. Полученные результаты позволяют рекомендовать новый способ в лечении больных панкреонекрозом, осложнённым распространённым перитонитом. Ранняя диагностика и выбор оптимальных методов лечения больных

панкреонекрозом являются достаточно острыми и сложными вопросами современной хирургии. Летальность при панкреонекрозе может достигать 50–80%, а само заболевание отличается крайне агрессивным течением и скоротечностью. Прогноз исхода заболевания зависит от объема поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки, наличия инфекции. Зачастую в патологический процесс вовлекаются различные органы и системы, в результате возможно развитие органной или полиорганной недостаточности. Клинико-лабораторные исследования показали несостоятельность тезиса, что малоинвазивные технологии при распространённом перитоните на фоне панкреонекроза в большинстве случаев малоэффективны как окончательный способ хирургического лечения и могут являться лишь первым этапом сложного лечебного процесса. В частности, при использовании закрытого способа нами выявлены сравнительно быстрое улучшение функционального статуса печени и кишечника и, как следствие, быстрое купирование явлений эндотоксикоза. Полученные результаты, на наш взгляд, связаны с меньшей операционной травмой при проведении санационных мероприятий брюшной полости и забрюшинного пространства. Важнейшим результатом такого рода способом лечения явилось существенное снижение показателей летальности. На основании полученных результатов заключаем, что с накоплением хирургического опыта закрытые методы исследования должны стать более популярными, так как по эффективности они не только не уступают открытым, но и по некоторым аспектам их превосходят. Применение «закрытого» способа хирургического лечения больных деструктивным панкреонекрозом способствует хорошим результатам лечения и не уступает «открытому» способу.

243. СПОСОБЫ БЕЗОПАСНОЙ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ ПУПКА ПРИ ЛИПОАБДОМИНОПЛАСТИКАХ У ПАЦИЕНТОВ С ПУПОЧНЫМИ ГРЫЖАМИ

Иванов В.В., Пучков К.В., Камаева В.Ю., Морозов И.И.

Рязань

РязГМУ им акад И.П. Павлова

Известно, что выполнение липоабдоминопластики с транспозицией пупка требует наличия достаточно хорошего его кровоснабжения со стороны перфорантных сосудов, идущих со стороны прямой мышцы живота в периумбиликальной области и распространяющихся в жировой клетчатке и коже. Выполнение герниопластики по классической методике всегда предполагает диссекцию тканей (и соответственно пересечение указанных выше сосудов) в периумбиликальной области. Использование методики Сапежко с продолженной пликацией прямых мышц не всегда ведет к надежному закрытию грыжевых ворот, кроме того, способствует ухудшению кровоснабжения (прежде всего венозного оттока) в пупке. Поэтому ортотопическая транспозиция пупка при данном способе практически во всех случаях является невозможной и является причиной ранних и поздних осложнений (в т.ч.

эстетических), утратой или деформацией умбиликальной области как составной части восприятия эстетического компонента передней брюшной стенки. Цель работы стало разработка хирургических способов повышение безопасности и снижение количества рецидивов при выполнении абдоминопластики с транспозицией пупка у пациентов с пупочными грыжами. Цель достигается тем (патент РФ № 2009106284), что периумбиликальным окаймляющим разрезом выделяется пупок до апоневроза с коническим слоем подкожно-жирового слоя с проходящими в нем сосудами. Через надлобковый разрез выполняется диссекция в надапоневротическом слое до эпигастрия. По средней линии на 5 см ниже основания пупка вскрывается брюшная полость. Проводится латеральная диссекция в предбрюшинной клетчатке на 4 см выше и ниже пупка и на 3 см латерально. Грыжевой мешок выделяется со стороны брюшной полости, иссекается. Брюшина ушивается, в сформированное преперитонеальное пространство устанавливается сетчатый имплантат, который фиксируется транс- или параректально. Дальнейшие этапы абдоминопластики (пликация прямых, косых мышц живота, дерматолипэктомия, липосакция, транспозиция пупка) проводятся по стандартной методике. Согласно второму способу, который применяется при пупочных грыжах диаметром более 6 см, пупок выделяется окаймляющим разрезом с конусовидной питающей ножкой до апоневроза. Через надлобковый разрез выполняется диссекция в надапоневротическом слое до эпигастрия. По средней линии пупок рассекается на всем протяжении и вскрывается брюшная полость. Проводится выделение и обработка грыжевого мешка по стандартной методике. Проводится латеральная диссекция в предбрюшинном слое. Брюшина ушивается по средней линии, в сформированное пространство помещается сетчатый имплантат, который фиксируется швами транс- и/или параректально. Дальнейшие этапы абдоминопластики (пликация прямых, косых мышц живота, дерматолипэктомия) проводятся по стандартной методике. При транспозиции пупка проводится один из видов разрезов кожи в ортотопической точке. При этом верхний и нижние части покровного лоскута вшиваются по линии рассечения пупка швом, идущим через апоневроз, создавая физиологическое углубление. Латеральные треугольники кожи покровного лоскута иссекаются и деэпидермизированной части вшиваются к апоневрозу. Для уменьшения натяжения тканей нередко проводится наложение «салазочных» швов по Паскалю. Как показал анализ 320 абдоминопластик (1998-20016 гг) с ортотопической транспозицией пупка, количество ишемических и реперфузионных осложнений снизилось с 8,3 до 0,1% (p-0,001), количество неумбикулопластик с 3 до 0,1% (p-0,001), рецидивов с 1,2 до 0,1% (p-0,001). Количество повторных ревизионных операций по эстетическим недовольствам снизилось с 2,1 до 0 % (p-0,001). Представленный способ позволяет надежно закрыть грыжевые ворота, сохранив периумбиликальные пути кровоснабжения, создавая условия для безопасной и эстетической ортотопической транспозиции пупка.

244. ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА, ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

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

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность: одной из самых распространенных в абдоминальной хирургии операцией является паховая герниопластика, составляя 10-25% от всех оперативных вмешательств. Фаворитами в лечении паховых грыж являются открытые методики, что связано с трудностью освоения эндоскопических методов, хотя видеоэндоскопический подход возможен почти при всех видах паховых грыж. В настоящее время в клинической практике в основном применяют 2 способа эндовидеохирургической паховой герниопластики: трансабдоминальный (ТАРР) и экстраперитонеальный (ТЕР). Основным направлением усовершенствований технических приёмов ТАРР и ТЕР герниопластик является обеспечение длительной надёжной интерпозиции сетчатых имплантов в передней брюшной стенке. Материал и методы: эндоскопические вмешательства при паховых грыжах мы выполняем с 2015 года. За это время были оперированы 84 пациента. Из них у 23 (27,4%) имелись двусторонние паховые грыжи: у 13 - двусторонние прямые, у 3 - двусторонние косые, у 4 - двусторонние сочетанные, у 2 - панталонная и косая, у 1 - панталонная и прямая. Во время оперативного вмешательства у 2 (2,4%) пациентов выявлены оккультные грыжи: в 1 случае бедренная и в другом запирающая. Всего мы выполнили 107 эндовидеохирургических операций: 85 (79,4%) – ТАРР и 22 (20,6%) - ТЕР. Возраст исследуемых больных находился в пределах от 18 до 87 лет. Мужчин было 81 (96,4%), женщин 3 (3,6%). При пахово-мошоночных грыжах у мужчин и паховых у женщин во время герниоскопии мы применяем метод гидропрепаровки тканей 0,25% раствором новокаина, что заметно облегчает выделение и дифференцировку элементов семенного канатика и грыжевого мешка, позволяет сохранить круглые связки матки у женщин, ускоряет вмешательство, при этом обращаем внимание на наличие липом в структуре канатика и удаляем их. Диссекция пахового региона должна затрагивать три возможных места выхода грыж - пахового, бедренного и запирающего, поэтому для аллогерниопластики мы применяем полипропиленовые сетчатые протезы с минимальными размерами 12x15 см, что позволяет адекватно их перекрыть. При паховых грыжах с воротами 4 см и более, увеличиваем размер импланта до 15x18 см. При двусторонних грыжах используем отдельные имплантаты, обращая внимание на расположение имплантов строго посередине грыжевых дефектов. Тщательная париетализация нижнего лоскута брюшины и диссекция ниже лона является залогом профилактики рецидива паховых грыж, исключает заломы, подворачивание (роллинг), лифтинг сетчатого протеза при ушивании брюшины. У 3 больных с большими и гигантскими пахово-мошоночными грыжами на края грыжевых дефектов, превышающих 4-5 см в наибольшем измерении, накладывали безнатяжные каркасные полипропиленовые швы, препятствующие «продавливанию» сетчатого протеза в раннем послеоперационном периоде, вплоть до завершения его интеграции в брюшную стенку. Принципиальным моментом считаем использование протеза без раскроя под семенной канатик, так как зона раскроя сетки становится «слабым» местом и увеличивает риск развития рецидива. Фиксацию протезов производим инвазивным методом – герниостеплером, по редуцированной схеме в 1-3 точках и неинвазивными – медицинским

клеем и вакуум-позиционированием. При пластике грыжевых ворот с наибольшим размером до 3 см во время выполнения 9 последних операций фиксацию протеза не производили, что особенно просто выполнимо при ТЕР пластике, когда при десуффляции протез прижимается брюшиной фактически без смещения. При TAPP, по аналогии с ТЕР, нами используется способ бесфиксационного вакуум-позиционирования протезов, позволяющий значительно уменьшить риск образования их заломов и роллинга, что выполнено ещё у 5 пациентов. Результаты: активизацию больных проводили в первые часы после операции, все больные были готовы к выписке на следующий день. Летальных исходов, ранних рецидивов, хронического болевого синдрома не было. Вывод: таким образом, использование видеоэндоскопических методик позволяет выполнить герниопластику практически во всех случаях, выявить оккультные (контралатеральные, панталонные, запираемые, бедренные) грыжи, путем использования редуцированной инвазивной и неинвазивной - клеевой фиксации и вакуум-позиционирования, избежать хронического болевого синдрома, а также, наряду с другими несомненными преимуществами малоинвазивных вмешательств, дает нам право рекомендовать этот вид лечения паховых грыж как приоритетный.

245. РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ ЕДИНОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ

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

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность: в России избыточную массу тела (МТ) имеют около 60 % жителей, причем у 20-30 % из них наблюдается морбидное ожирение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы в развитых странах мира. Ведущим методом лечения ЖКБ остается лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Материал и методы: в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ в период с 2011 по 2017 год ЛХЭ была выполнена у 43 больных с избыточной МТ и ожирением по технологии единого лапароскопического доступа с троакарной поддержкой («ЕЛД+»). Технология «ЕЛД+» применена у 15 (27,3%) пациентов с индексом массы тела (ИМТ) 25-30 кг/м², у 8 (14,6%) с ИМТ 30-35 кг/м², у 13 (23,6%) с ИМТ 35-40 кг/м², у 7 (12,7%) с ИМТ >40 кг/м². При использовании технологии «ЕЛД+» мы применяем устройство доступа «Икс-Кон», конструкция которого предоставляет с одной стороны стабильность положения в ране, с другой стороны – необходимую мобильность. Его центральные рабочие каналы позволяют вводить инструменты диаметром 10 мм – лапароскоп, клип-аппликатор, в то же время боковые рабочие каналы используются для инструментов диаметром 5 мм. Наружная триангуляция инструментов осуществляется за счёт гибкости полимерной насадки и воронкообразной формы металлической основы, а

внутренняя – за счет их изгиба, что особенно важно у пациентов с избыточной МТ. Методика выделения пузырного протока и пузырной артерии у больных с избыточной МТ не отличается от таковой у пациентов с нормальной МТ. Однако, у больных с ожирением, как правило, жировая клетчатка в области шейки желчного пузыря, гартмановского кармана и печеночно-двенадцатиперстной связки хорошо выражена, что не позволяет сразу визуализировать определенные анатомические структуры, и создает технические сложности на этом этапе. В связи с этим фактом выделение пузырной артерии удобнее осуществлять после клипирования и пересечения пузырного протока. Рукоятки рабочего и удерживающего инструментов могут быть разведены на угол до 90°, создавая привычную наруж-ную триангуляцию инструментов. Для облегчения доступа к операционному полю оправдано использовать ряд приемов: поднимать головной конец операционного стола до 35° и поворачивать стол налево до 40°, что способствует перемещению большого сальника и петель кишечника латерально влево и каудально, улучшая обзор в области вмешательства. При выполнении операции у пациентов с избыточной МТ и ожирением по технологии «ЕЛД+» в 30 наблюдениях применяли дополнительный 11-мм троакар, у 13 пациентов использовали 6-мм троакар. Применение технологии «ЕЛД+» на этапе извлечения желчного пузыря через переднюю брюшную стенку имеет эргономическое превосходство над традиционной ЛХЭ и не требует увеличения операционного доступа, необходимого при несоответствии удаляемого препарата и размеров троакарного умбиликального прокола. Результаты и обсуждение: средние сроки послеоперационного пребывания в стационаре после ЛХЭ по технологии «ЕЛД+» составили $5,9 \pm 0,5$ койко-дней. Средняя продолжительность оперативного вмешательства при «ЕЛД+» холецистэктомии – $69,2 \pm 8,9$ мин. Интенсивность болевого синдрома, оцененная по визуально-аналоговой шкале, составила $5,1 \pm 0,4$, оцененная по цифровой рейтинговой шкале – $5,2 \pm 0,3$ баллов. При контрольном обследовании 25 (58,1%) пациентов с избыточной МТ и ожирением, которые перенесли «ЕЛД+» ХЭ, через 6 и 12 месяцев осложнений не отмечено. Вывод: считаем рациональным применение технологии «ЕЛД+» у пациентов с избыточной МТ и ожирением при выполнении ЛХЭ, так как, несмотря на технические трудности, позволяют в ранние сроки активизировать больных, избежать возможных специфических осложнений и улучшить результаты их хирургического лечения.

246. СОЦИАЛЬНЫЙ ФОРМАТ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОМАСТИИ КАК ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ ВЕРХНЕГО БОДИКОНТУРИНГА У ГОРМОНАЛЬНО КОМПРОМЕТИРОВАННЫХ ЛИЦ

Иванов В.В., Камаева В.Ю., Морозов И.И.

Рязань

РязГМУ им акад И.П. Павлова

В условиях социально и личностно-востребованных высоких эстетических результатов всех операций, идеология лечения гинекомастии претерпела значительные изменения. Удаление

«жиро-железистого слоя» на передней поверхности грудной стенки из горизонтальноориентированного субмаммарного разреза по обе стороны от средней линии теперь выполняется (как правило) только у маргинальных личностей и/ или хирургами не знающими (и не хотящими овладеть) принципами и методами реконструктивно-пластической хирургии. Во всех других случаях подход к лечению гинекомастии представляет собой дифференцированный и обдуманый хирургический комплекс, как компромисс между конечным социально востребованным эстетическим результатом, комплексом морфологических изменений и гормональным фоном. Цель современной операции – это воссоздание не только объемов (в проекции удаленных и перифокальных тканей), но и пропорций в области грудной стенки (соотношение расстояний сосок-субмаммарная складка, проекция сосково-ареолярного комплекса на уровень плеча, сосок-яремная вырезка, величина и направленность медианы угла между широчайшей мышцей спины и подвздошной остью). На выбор метода операции (вне зависимости от вида гинекомастии (включая трансгендеров, лиц с массивной потерей веса и выступающими бодибилдерами) влияют следующие факторы: Величина гипертрофии молочной железы; Степень развития жировой клетчатки передней грудной стенки и грудных мышц; Птоз молочной железы: вид (кожный, железистый), степень птоза.; Эластичность кожи и состояние прилежащих областей (в области реберной дуги и по латеральному краю. Доступ для подкожной ареолосохраняющей мастэктомии всегда должен быть единым как для органоуносящего этапа так и для реконструктивного. В настоящее время применяют трансаксиллярный, трансареолярный, периареолярный доступы, реже через существующие рубцы и трансабдоминальный. Молочная железа должна удаляться вся, недопустимым считается апикальная или базальная резекция. На предоперационном этапе обязателен УЗ поиск непальпируемых атипичных долек, разметка величины хвоста молочной железы и добавочных молочных желез. Реконструктивный этап в большинстве случаев включает в себя 3 оперативных приема: 1. модификация (редукция) кожного чехла: физиологическая, компрессионная, электротермическая, ультразвуковая, лазерная: неаблационная (неодим) или аблационная (CO₂, Er, Er Yag лазер, пр), комбинированная (Elos), оперативная: периареолярная, вертикальная или Т – редукция с трансфером САК на питающей ножке (верхняя, нижняя, латеральная, медиальная, смешанная и комбинированная, с микрохирургической реконструкцией), горизонтальная редукция со свободной пересадкой САК в виде графта. 2. Реконструкция наполнения и контурирование: имплантат (как правило, полиуретановый), липофилинг, липосакция, SAFE-Lipo. 3. Трансфер соска на уровень середины плеча, реконструкция субмаммарной складки на маскулинизирующем уровне (не более 2-3 см от соска). 4. Модификация перифокальных областей (подключичная, передний край подмышечной линии, реберная дуга. При анализе лечения 84 пациентов и сопоставлении результатов в основной (32 пациента, из них 28 с ИМТ более 25) и контрольной (52 пациента, из них 34 с ИМТ более 25) были получены следующие результаты. Количество ранних осложнений статистически не различалось (гематомы 3,1/3,8% , серомы 3,1/3,8%, инфильтраты 3,1/3,8%, $p > 0,05$), причем большинство из них отмечено у пациентов с ИМТ более 25. Ревизионные вмешательства потребовались только у 2 пациентов (по 1 в контрольной и основной группах). При анкетировании пациентов (разослано 84 анкеты), получен ответ 62 респондентов (22 в основной и 42 в контрольной группе). Все пациенты основной группы отметили косметический недостаток в градации $8,6 \pm 0,4$ ед по 10 балльной шкале), причем 18 пациентов (81,8%) задумывались о выполнении повторной операции. Все

пациенты отметили недостаточную информированность о комплексных схемах лечения гинекомастии и недооценности ими послеоперационных отдаленных результатах. Деформация контуров передней поверхности грудной клетки отмечена у 81,8% пациентов основной (все с ИМТ более 25) и у 1 (2,4%) пациента контрольной группы. Жалобы на наличие эстетически неприемлемых рубцов отметили половина опрошенных только основной группы. Выводы: 1. на современном этапе лечение гинекомастии представляет собой уникальный случай лечения доброкачественного гормонально-зависимого гиперпластического процесса в четкой зависимости от социальной востребованности конечного эстетического результата. 2. Все случаи (за исключением FTM транссексуалов получающих ЗГТ) первичной неонкологической маскулинизирующей реконструкция передней грудной стенки следует проводить на гормонально стабильном фоне. 3. Операции по поводу гинекомастии можно проводить по резекционному типу (изолированная липомастэктомия) из подмышечного или ареолярного доступа, и по «перфекционистскому» типу, с соблюдением патоморфологически обоснованных реконструктивных этапов на основании информированного согласия пациента о современных возможностях реконструктивной хирургии. 4. проведение операций в специализированных центрах с участием профильных специалистов не ведет к увеличению ранних послеоперационных осложнений

247. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В СТАЦИОНАРЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ ПРИ ПОЛИКЛИНИКЕ

Жданов А.И.(1), Рудой В.Г.(1,2), Разворотнев А.В.(2), Ткачев И.Е.(2), Соловьев А.И.(2)

Воронеж

- (1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко
- (2) Воронежская городская клиническая поликлиника № 7

Актуальность. Оперативное лечение паховых грыж в настоящее время выполняют не только в хирургических отделениях больничных стационаров, но и в центрах амбулаторной хирургии, созданных, в том числе, при крупных поликлиниках. Поэтому большое значение имеет использование оптимальных способов различных герниопластик, применяемых в этих центрах. Материалы и методы Стационар кратковременного пребывания до 3 суток (СКП) является основным подразделением центра амбулаторной хирургии, который расположен на базе Воронежской городской клинической поликлиники № 7 (ВГКП № 7). СКП ВГКП № 7 состоит из 2 операционных залов на 3 операционных стола, 2 предоперационных, перевязочной, процедурной, 5 палат на 10 коек, в состав которых входят 2 палаты интенсивной терапии с централизованной подводкой кислорода и оснащенные необходимым оборудованием для оказания реанимационной помощи. Хирургические вмешательства производили под спинальной или эпидуральной анестезией с нейролептанальгезией, а при лапароскопических герниопластиках применяли

интубационный наркоз. В качестве эндопротезов использовали сетки из полипропилена «Эсфил-Линтекс» и «Эндопрол-Волоть», легкие и средние, размерами от 6 x11 до 15x15 см. Оперативные вмешательства выполняют хирурги с опытом работы в герниологии. Результаты В стационаре центра амбулаторной хирургии при ВГКП № 7 с 2004 г. выполнили 2254 грыжесечения по поводу различных грыж брюшной стенки. Из них по поводу паховых грыж произвели 1420 (63.0%) оперативных вмешательств. Среди паховых грыж выявили: косых – 642 (45.2%), прямых – 580 (40.8%), паховомошоночных – 95 (6.7%), рецидивных – 83 (5.8%), комбинированных – 20 (1.4%). Пациенты старших возрастных групп от 61 года и выше составили большинство – 875 (61.6%) и 545 (38.4%) - в группах работоспособного возраста от 21 до 60 лет. Среди пациентов было 1235 (87.0%) мужчин и 185 (13.0%) женщин. Из 1420 операций по поводу паховых грыж, мышечно-апоневротическую пластику передней стенки пахового канала по Жирару - Спасокукоцкому с косыми паховыми грыжами произвели в 66 случаях у пациентов молодого возраста с хорошо развитыми мышечно-апоневротическими слоями, выраженной, прочной, нерастянутой поперечной фасцией, невысоким, щелевидно-овальной формы паховым промежутком и нерасширенным внутренним отверстием пахового канала. В остальных случаях при прямых и косых грыжах укрепляли заднюю стенку пахового канала с формированием глубокого пахового кольца. При этом в 83 случаях герниопластику выполнили по Postempsky, в 21 – по Rives, в 22 – по Nyhus, а в 864 (61.1%) – по Lichtenstein, из которых «ненатяжной» аллопластике по Lichtenstein отдавали предпочтение, как одному из наиболее оптимальных способов для выполнения в амбулаторных условиях. С 2009 года по поводу паховых грыж у 364 (25.6%) пациентов произвели лапароскопическую герниопластику методом TAPP. Из них у 61 больного – одномоментно с двух сторон, а у 10 – по поводу рецидивных грыж после ранее выполненных грыжесечений паховым доступом при помощи различных способов ауто- и аллопластик. Длительность пребывания больных в СКП ВГКП №7 после грыжесечений в среднем составила 1,6 дня и 1.3 - после лапароскопических герниопластик. Стоимость одного дня пребывания пациентов в СКП ВГКП № 7 значительно меньше, чем в больничных стационарах города, что вместе с сокращением сроков госпитализации дает существенную экономию материальных средств. Рецидивы грыж после герниопластик по способу Жирара - Спасокукоцкого возникли у 2 (3.0%) пациентов, по Postempsky - у 1(1.2%) и у 2 (0.2%) - после аллопластик по Lichtenstein. Рецидивы после лапароскопических герниопластик выявлены у 9 (2.5%) больных. Устранение рецидивов грыж после ЛГП было произведено при помощи грыжесечений по Lichtenstein. По нашему мнению, в условиях СКП центра амбулаторной хирургии при паховых грыжах с расширенными грыжевыми воротами, паховомошоночными, рецидивными, наиболее предпочтительными являются способы герниопластики с использованием сетчатых эндопротезов, особенно у пожилых людей с гипо- и атрофичными мышечно-апоневротическими слоями брюшной стенки, которых среди пациентов поликлиники большинство. Использование протезирующих пластик позволило выписывать этих больных на амбулаторное лечение на следующий день или через день после операции. Улучшение микроциркуляции тканей в результате раннего двигательного режима, отсутствие внутрибольничной инфекции в СКП ВГКП № 7 способствовали сокращению периода послеоперационной реабилитации, уменьшению количества осложнений, прежде всего, гнойно-воспалительных. Выводы Оперативное лечение паховых грыж в СКП центра амбулаторной хирургии при поликлинике с избирательным применением протезирующих способов герниопластик предоставило

возможность производить грыжесечения у большего количества больных при уменьшении гнойно-воспалительных осложнений на фоне снижения материальных затрат.

248. ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Мигунов И.А., Кривошеков Е.П.

Самара

Самарская Областная Клиническая больница им. В.Д. Середавина

Венозные тромбоемболические осложнения (тромбоз глубоких вен ТГВ и тромбоемболия легочной артерии ТЭЛА) на протяжении многих десятилетий остаются важнейшей клинической проблемой, затрагивающей профессиональную сферу врачей практически всех специальностей. Антикоагулянтная терапия является основным методом лечения ТГВ и ТЭЛА. Рекомендуемыми режимами антикоагуляции в нашей стране является начальная терапия нефракционированными или низко-молекулярными гепаринами с последующим переходом на антагонисты витамина К. В последние годы появились альтернативные препараты, новые оральные антикоагулянты, предназначенные для длительного и пролонгированного лечения ТГВ, которые по своей эффективности и безопасности ни в чем не уступают стандартной терапии. Цель исследования: оценить эффективность и безопасность основной и продленной терапии венозного тромбоза пероральным антикоагулянтом дабигатрана этексилат. Материалы и методы: проведено проспективное клиническое исследование. В исследование были включены 65 больных (28 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 32 до 84 лет (средний возраст 61,0±5,5 года), поступивших в отделение сосудистой хирургии СОКБ в 2016 г. с инструментально верифицированным острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Всем больным в течение первых 5 суток назначали НМГ, далее рекомендовали прием дабигатрана этексилата по 150 мг 2 раза в день. Срок лечения составлял 3 месяца при дистальном тромбозе, 6 месяцев при спровоцированном проксимальном венозном тромбозе с известными обратимыми факторами риска; длительно (более 12 месяцев) при идиопатическом, рецидивирующем ТГВ, а также венозном тромбозе, развившемся на фоне наличия необратимых факторов риска (онкологическое заболевание). При первичном ультразвуковом ангиосканировании (УЗАС) у 48 (74%) больных был выявлен проксимальный тромбоз, у 17 (26%) - дистальный. Срок от начала заболевания до госпитализации в стационар составил от 1 до 14 суток, в среднем 4,5±2,5 суток. Пациенты наблюдались в течение 3-6 месяцев от начала заболевания. Результаты: Конечными точками эффективности были рецидив ТГВ и ТЭЛА, конечными точками безопасности ? геморрагические осложнения. Геморрагические осложнения были разделены на три группы: большие, значимые, малые. Через 3 месяца под наблюдением оставались все 65 пациентов, из которых 15 больных с дистальной локализацией венозного тромбоза и обратимыми факторами риска завершили курс антикоагулянтной терапии. В течение 6 месяцев под наблюдением находились 45 (69%)

человека. За период наблюдения не было зафиксировано рецидива или прогрессирования венозного тромбоза, а также развития легочной эмболии. Развитие геморрагических осложнений было выявлено у 6 (9,7%) больных, из которых у 5 человек были малые осложнения и у 1 пациента значимые, при этом больших кровотечений не было отмечено. Значимые геморрагические осложнения были представлены гематурией (вследствие цистита), что потребовало обращения к врачу и временной приостановки антикоагулянтной терапии. Полученные данные согласуются с результатами рандомизированного исследования RE-COVER и RE-COVER-II, посвященного сравнению эффективности и безопасности терапии венозного тромбоза препаратом дабигатрана этексилат и антагонисты витамина К. Таким образом, полученные результаты подтверждают эффективность, безопасность, удобство применения нового орального антикоагулянта дабигатрана этексилат, высокую приверженность к терапии препаратом, являющимся современной альтернативой стандартной антикоагулянтной терапии.

249.ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ САНАЦИЙ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Салахов Е.К.

Набережные Челны

ГАУЗ "Менделеевская ЦРБ"

В настоящее время совершенствование подходов к хирургическому лечению распространенного перитонита связано с его индивидуализацией, что заключается в определении четких показаний к программированной санации брюшной полости в каждом конкретном случае. Современные авторы указывают на то, что применение метода программированной санации у пациентов с распространенным перитонитом достоверно снижает летальность среди подобной категории больных по сравнению с тактикой, подразумевающей санации брюшной полости по требованию, то есть при возникновении дополнительных показаний. Существуют два основных современных подхода к выполнению программированной санации при распространенном перитоните: путем релапаротомий и лапароскопическим способом. Лапароскопическая санация представляется менее травматичной, что немаловажно, особенно для пациентов в тяжелом состоянии. Однако, считается, что данный подход не всегда позволяет обеспечить достаточный санационный эффект и предотвратить прогрессирование сепсиса. Таким образом, поддержание баланса между эффективностью оперативного лечения и безопасностью пациента связано с определением показаний к выбору метода санации брюшной полости. целью нашей работы стало выявление прогностической значимости ряда лабораторных показателей оксидативного статуса и системного воспаления в совокупности с клинико-морфологическими данными для оценки эффективности лапароскопической программированной санации

брюшной полости при распространенном перитоните. В исследование включены результаты клиничко-лабораторного обследования и лечения 32 пациентов с острым распространенным перитонитом, которым проводили программированную лапароскопическую санацию брюшной полости. Причинами развития перитонита были различные острые хирургические заболевания, травмы и ранения брюшной полости, а также послеоперационные осложнения. Так, в 9 случаях причиной перитонита являлся острый панкреатит, еще в 9 – острый аппендицит, у 7 пациентов причинами перитонита стали гангренозные формы острого холецистита с перфорацией, у 5 - проникающие ранения живота и травматические повреждения органов брюшной полости, у 2 больных распространенный перитонит развился на фоне несостоятельности анастомоза после реконструктивных операций на органах брюшной полости. Критерием исключения из исследования считали наличие у больного тяжелых сопутствующих заболеваний, которые могли бы существенно повлиять на исход лечения. Всем пациентам при развитии распространенного перитонита выполняли лапаротомию с санацией брюшной полости. Дальнейшая тактика хирургического лечения заключалась в проведении всем больным программированной лапароскопической санации. При этом у 12 больных, несмотря на регулярные санации и адекватно подобранную медикаментозную терапию, наблюдалось прогрессирование клиничко-лабораторных показателей синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), таких как гипертермия, лейкоцитоз или лейкопения, частота сердечных сокращений и тахипноэ при сохранении спонтанного дыхания. Данные признаки, сохраняющиеся в течение 24 часов после очередной лапароскопической операции, расценивались как показатели недостаточной эффективности лапароскопической санации брюшной полости, что требовало проведения адекватной санационной операции путем релапаротомии. Таким образом, в ходе проведения исследования больные были разделены на две группы. Критерием разделения пациентов на группы стала эффективность применения лапароскопической санации. Так, 1 группа включала 20 пациентов, у которых программная лапароскопическая санация брюшной полости была эффективной. 2 группу составили 12 больных, проведение лапароскопических операций у которых не обеспечило исчерпывающего санационного эффекта, в связи с чем возникла необходимость проведения одной или нескольких релапаротомий. Комплексное клиничко-лабораторное обследование больных в обеих группах включало интраоперационное визуальное исследование брюшной полости. Проводили определение ряда лабораторных параметров системной воспалительной реакции (С-реактивный белок, фибриноген, прокальцитонин), а также мониторинг оксидативного стресса путем исследования уровня тиобарбитурат-реактивных продуктов (ТБРП). При проведении визуального интраоперационного контроля во время выполнения первичного оперативного вмешательства мы учитывали такие критерии, как наложение гноя на париетальном листке брюшины, а также наложение фибрина более чем на 50% площади париетального листка. В течение первых суток после первичной лапаротомии у пациентов с распространенным перитонитом определяли лабораторные показатели оксидативного стресса и системного воспаления. В дальнейшем проводили сравнительный анализ данных параметров между 1 и 2 группой, по результатам которого были выявлены значимые различия. На фоне проведения хирургической санации в обеих группах отмечено достоверное снижение параметров оксидативного стресса и показателей системной воспалительной реакции. При этом общее число санационных операций во 2 группе составило $3,5 \pm 1,5$, а в 1 группе – $2,0 \pm 0,5$ ($p=0,002$). При проведении исследования мы учитывали ряд клиничко-лабораторных, клиничко-морфологических и

лабораторных показателей во время и после первой операции (лапаротомии): - интраоперационная картина состояния брюшной полости; - температура тела; - моторика кишечника; - параметры оксидативного стресса и системного воспалительного ответа (СРБ, ТБРП, прокальцитонин и фибриноген). Затем при проведении статистического анализа была определена корреляционная связь между каждым из перечисленных параметров и потребностью в релапаротомии. На втором этапе проведения статистического анализа нами были выделены три признака, показавшие максимальную корреляционную связь с потребностью в релапаротомии у больных распространенным перитонитом. Такими признаками стали: 1) наложение на париетальном листке гноя при интраоперационном контроле во время первой лапаротомии ($r = 0,79$); 2) уровень ТБРП в сыворотке крови более 50 мкм/л ($r = 0,81$); 3) уровень прокальцитонина в сыворотке крови более 2 нг/мл ($r = 0,87$). Рассчитан общий коэффициент корреляции для трех критериев, который составил 0,88, что позволяет рассматривать комплекс из этих параметров в качестве достаточно точного прогностического показателя потребности в релапаротомии у больных распространенным перитонитом. Таким образом, в результате проведенного исследования показано, что такие неспецифические показатели оксидативного статуса и системного воспалительного ответа, как ТБРП и прокальцитонин определенные в первые сутки после первой операции были значимо выше среди больных, лапароскопическая санация брюшной полости которых впоследствии оказалась неэффективной. Выявлена корреляционная зависимость между клинико-морфологическими параметрами, лабораторными показателями и потребностью в релапаротомии у пациентов с распространенным перитонитом. Определен возможный прогностический алгоритм, включающий в себя исследование одного клинико-морфологического и двух лабораторных параметров. Соответствие всех трех показателей прогностическим критериям позволяет с высокой точностью определить высокую потребность в релапаротомии уже в течение первых суток после первичного оперативного вмешательства. Данный алгоритм возможно применять с целью определения показаний и повышения эффективности проведения лапароскопической санации брюшной полости при распространенном перитоните.

250. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ С РЕБЕРНЫМ КЛАПАНОМ

Тулупов А.Н., Бесаев Г.М., Синенченко Г.И.

Санкт-Петербург

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

В настоящее время частота реберного клапана при закрытой травме груди, не высока и составляет не более 1%. Во многом это связано с оснащением современных автомобилей подушками безопасности, предотвращающих у водителей травму груди о рулевую колонку

при лобовом столкновении. Пострадавшие с реберным клапаном, как правило, имеют доминирующие сочетанные повреждения груди с ушибом легкого и сердца, последующим развитием РДСВ, пневмонии и сепсиса. Согласно результатам проведенного нами исследования, фиксации оперативным путем подлежат только реберные клапаны, значимые в функциональном отношении. Таким клапаном, как правило, оказывается передний билатеральный, реже – переднебоковой. На начальных этапах лечения связанная с нарушением каркасности грудной клетки вентиляционная дыхательная недостаточность устраняется путем проведения ИВЛ (т.н. пневмофиксация). Вопрос о необходимости фиксации реберного клапана хирургическим способом возникает через 1,5-2 недели после травмы после устранения паренхиматозного компонента дыхательной недостаточности по мере купирования последствий ушиба легких и сердца, по разрешении РДСВ, пневмонии, ликвидации ателектазов, гемо-и пневмоторакса, плеврита, пареза кишечника, после расправления коллабированного легкого и т.д. На этом этапе целесообразно провести оценку функциональной значимости реберного клапана. Согласно нашим данным, реберный клапан признается в функциональном отношении значимым, если у пострадавшего, несмотря на обезболивание, сохраняются признаки декомпенсированной или субкомпенсированной вентиляционной дыхательной недостаточности или невозможен перевод с ИВЛ на самостоятельное дыхание. Нами выявлено, что основными критериями функциональной значимости реберного клапана являются участие в акте дыхания скелетной мускулатуры (поверхностных мышц груди и шеи), частота самостоятельного дыхания более 30 в 1 минуту, РаСО₂ – более 50 мм рт. ст., сатурация кислорода (SpO₂) - менее 90 % через 30-40 минут после внутримышечного введения анальгетиков (1 мл 2% раствора промедола, 100 мг кетонала или 50 мг трамадола) и проведения сеанса местного обезболивания (межреберная, паравертебральная, субплевральная или перидуральная анестезия, их сочетание). Нами разработан, апробирован и в настоящее время успешно используется в клинической практике новый способ (патент №2333730 от 20.10.2008) восстановления каркасности грудной клетки путем наложения аппарата внешней фиксации как весьма эффективный и в то же время относительно малотравматичный. Для фиксации значимого в функциональном отношении реберного клапана у пострадавших с благоприятным и сомнительным прогнозом внеочаговый металлоостеосинтез выполняется в срочном порядке, а у пациентов с неблагоприятным прогнозом – в отсроченном, при их переводе на самостоятельное дыхание. Этот способ наряду со своим основным предназначением дает возможность одновременно осуществлять репозицию и фиксацию костных отломков грудины и ключицы. Чрескостный металлоостеосинтез для одновременной стабилизации костного каркаса груди и тазового кольца производится путем наложения фиксирующих узлов на неповрежденные сегменты костного каркаса груди и фиксации нестабильного фрагмента грудной клетки к неповрежденным сегментам надплечья, груди и таза при помощи спиц и демпферной системы. Продолжительность фиксации таким аппаратом составляет от 2 до 3 недель. Фиксация «реберного клапана» путем внеочагового металлоостеосинтеза ребер и грудины в комбинации с внеочаговым металлоостеосинтезом костей плечевого пояса, а также использование нового, более совершенного, алгоритма лечебно-тактического прогнозирования при сочетанной шокогенной травме груди и верхних конечностей позволил уменьшить продолжительность стационарного лечения пациентов на 4,5 сут., частоту осложнений – в 1,3 раза и летальность – в 1,2 раза. Не значимые в функциональном отношении боковые, передне-боковые и даже передние билатеральные реберные клапаны

подлежат только консервативному лечению, в т. ч. несмотря на смещение костных отломков. Таким образом, фиксация реберного клапана осуществляется не для обеспечения репозиции и консолидации костных отломков с целью ликвидации деформации грудной клетки, а для устранения флотации фрагмента грудной стенки и суб- или декомпенсированной вентиляционной дыхательной недостаточности. При переломах ребер и (или) грудины без признаков последней также проводится только консервативное лечение.

251.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА: РИСКОВАННО И СТРАШНО ИЛИ ЭФФЕКТИВНО И БЕЗОПАСНО?

Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Ермаков И.В., Мирзоян А.Т.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель: Существующие международные рекомендации лечения острого аппендицита практически единодушно признают эффективность и безопасность лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ) при неосложненном остром аппендиците. Иначе ситуация обстоит с лечением распространенных форм аппендикулярного перитонита, где проблема внедрения лапароскопической хирургии остается краеугольным камнем дискуссии. По данным исследований, проведенных Всемирным обществом по неотложной хирургии -WSES (CIAO & CIAOW study) доля лапароскопических вмешательств при аппендикулярном перитоните составляет менее 40%. При этом, острый аппендицит является самой частой причиной осложненной абдоминальной инфекции, требующей неотложного вмешательства. Данная работа представляет опыт хирургической факультетской клиники РНИМУ им. Н.И. Пирогова в лечении распространенных форм аппендикулярного перитонита. Методы: В период 2011-2016 годов пролечено 2252 пациента с острым аппендицитом. ЛАЭ выполнена 2172 (96,4%) пациентам. Конверсия составила 3,6%. Рутинной практикой клиники является обязательное начало операции с лапароскопии в случае острого аппендицита. Исключениями являются лишь абсолютные противопоказания к лапароскопии. Следует указать, что клиника с 2002 года углубленно занимается внедрением лапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии и в частности, при осложненных формах острого аппендицита. Аппендикулярный перитонит имелся у 957 (44.1%) пациентов. Местный перитонит диагностирован в 715 случаев. Распространенный (диффузный и разлитой) аппендикулярный перитонит (РАП) верифицирован в 242 случаев, т.е. в каждом 10-м случае оперативного лечения при остром аппендиците. 55% пациентов с РАП госпитализированы позднее 24 часов, а 13% - позднее 48 часов от начала заболевания. Гангренозный аппендицит являлся причиной распространенного перитонита в каждом втором случае, перфорация отростка имела место в 24,7% случаев. Результаты: Частота конверсий при местном и распространенном аппендикулярном перитоните составила 2,2% и 14,8% соответственно. Таким образом,

проведен анализ выполнения 206 ЛАЭ при распространенном аппендикулярном перитоните. Наибольший опыт подобных вмешательств в проведенном литературном поиске составил 119 пациентов (J. Thereaux et al., 2014). Если при местном перитоните основной причиной конверсий являлись технические сложности («техническая» конверсия), то в случае распространенного перитонита большая часть конверсий носила «принципиальный» характер – когда оперирующий хирург считал данную интраоперационную ситуацию и распространенность перитонита «невозможными» для лапароскопической операции («принципиальная» конверсия). «Техническая» конверсия выполнялась посредством доступа Волковича-Дьяконова, «принципиальная» - через срединную лапаротомию. Детальный сравнительный анализ случаев «принципиальной» конверсии показал схожую тяжесть и распространенность перитонита по сравнению с выполненными полностью лапароскопически операциями. При этом, частота серьезных (Clavien-Dindo III-IV) осложнений в группе конверсий была в 7,5 раз выше (47,2% против 6,3%). Наиболее частым (11,7%) послеоперационным осложнением в группе пациентов, оперированных лапароскопически по поводу РАП, явилось формирование послеоперационного инфильтрата в правой подвздошной области, которое не потребовало какого-либо повторного вмешательства, но повлияло на продолжительность стационарного лечения и увеличение срока антибактериальной терапии. Клинико-инструментальные признаки послеоперационного интраабдоминального абсцесса (ИАА) после 206 ЛАЭ при РАП верифицированы в 8 (3,9%) случаев. Консервативно пролечен один пациент с ИАА, остальным 7 больным потребовались малоинвазивные вмешательства (УЗ-дренирование или релапароскопия). Жизнеугрожающих осложнений и летальных исходов в группе ЛАЭ при РАП не отмечено. Заключение: Лапароскопическая хирургия при распространенном аппендикулярном перитоните демонстрирует высокую эффективность и безопасность, что позволяет рекомендовать данные малоинвазивные вмешательства не только как альтернативные открытым операциям, но и сопровождающиеся значительным количеством преимуществ, в том числе приводя к снижению частоты послеоперационных осложнений.

252. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С4-С6 КЛИНИЧЕСКОГО КЛАССА

Цыплящук А.В., Стойко Ю.М., Харитонова С.Е., Хлевцова Т.В., Вундер Е.С., Яшкин М.Н.

Москва

ФГБУ "Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова" МЗ РФ

Пациенты с трофическими нарушениями, особенно с вторичными изменениями, традиционно считаются самым тяжелым контингентом в клинической практике. Венозные трофические язвы по разным данным встречаются у 0,1% - 3,2% взрослого населения. В России

венозные трофические язвы встречаются не менее чем у 3 млн. человек. Цель: рассмотреть и сравнить миниинвазивные методы лечения в комплексной программе лечения трофических изменений венозной этиологии. Материалы и методы: объектом настоящего исследования явились 102 конечности (96 пациентов) с варикозной болезнью вен нижних конечностей и посттромботической болезнью, класс С4-С6 по CEAP, лечившихся амбулаторно. В 34 случаях выполнялась эхо-контролируемая склеротерапия магистральных и перфорантных вен. В 68 случаях выполнялась эндовенозная лазерная облитерация магистральных подкожных вен. Все процедуры завершались склерооблитерацией притоков и/или минифлебэктомией. Последующие осмотры на 2, 4, 8 неделе, а так же через 6 и 12 месяцев включали в себя ультразвуковой контроль и при необходимости – повторные курсы склеротерапии притоков. Тяжесть заболевания (VCSS) находилась в пределах от 7 до 13 баллов, в среднем составила 9,9 баллов и достоверно не отличалась в группах. Всем пациентам в составе комплексной терапии назначались компрессионный трикотаж 2 и 3 класса. Результаты: в ближайшем послеоперационном периоде стойкой облитерации магистральных подкожных вен удалось достичь у всех пациентов. Дополнительной склерооблитерации притоков и перфорантных вен при контрольном осмотре в первой группе потребовалось в 7 случаях, во второй – в 16 случаях. У большинства пациентов наблюдался последующий регресс трофических изменений в сроки до 5 недель без дополнительных вмешательств. Послойная дерматолипэктомия (shave-therapy) с одномоментной кожной пластикой по Тиршу потребовалась 3 и 8 пациентам в первой и второй группе соответственно. По результатам осмотра через 12 месяцев, средняя VCSS составила 4,5 балла, находилась в пределах от 3 до 5. Повторное проведение дополнительной склеротерапии притоков через год потребовалось у 8 пациентов из первой группы и у 5 пациентов из второй группы. Выводы: эндовенозная лазерная облитерация, равно как и пенная склеротерапия магистральных вен – эффективный способ устранения вено-венозного рефлюкса по подкожным и перфорантным венам и может использоваться в составе комплексного лечения хронических заболеваний вен.

253.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Дибиров М.Д. (1), Васильченко М.И. (2), Вученович Ю.Д. (2), Фомин В.С. (1), Сыч Т.Ю. (1)

Москва

- 1) ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва.
- 2) ГБУЗ Городская клиническая больница №68 ДЗМ, Москва.

Актуальность: Острая хирургическая патология, возникающая во время беременности, оказывает негативное влияние на развивающийся плод, увеличивая материнскую и перинатальную смертность. Современная тактика ведения таких пациенток включает как

продолжение беременности после хирургического вмешательства, так и одномоментное родоразрешение в III триместре беременности. Материалы и методы: Проведен ретроспективный и проспективный анализ течения и исходов беременности, хирургических и акушерских осложнений у 125 беременных пациенток с острой хирургической патологией органов брюшной полости в III триместре беременности (30-40 недель), находившихся на лечении в акушерском стационаре ГБУЗ ГKB №68в период с сентября 2010 по декабрь 2016 года. Возраст пациенток составил от 18 до 45 лет, в среднем 32 ± 13 лет. Средний срок беременности на момент оперативного вмешательства - 34 ± 4 недели. Все беременные были разделены на две группы. Основную группу составили 57 беременных, которым были выполнены симультанные оперативные вмешательства по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости в объеме кесарева сечения и устранения острой хирургической патологии. В группу сравнения вошли 68 беременных, которым острая хирургическая патология была ликвидирована без прерывания беременности, с продолжением последней после операции. Острая хирургическая патология в исследуемых группах была представлена: острый аппендицит — 53 (42,4%), острый холецистит — 26 (20,8%), 27 (21,6%) были оперированы по поводу кишечной непроходимости, острый панкреатит был выявлен у 19 беременных (15,2%). Результаты и обсуждения: В ходе проведенного исследования было показано, что у беременных группы сравнения дальнейшее продолжение беременности после оперативного лечения острой хирургической патологии органов брюшной полости в III триместре беременности привело к развитию фетоплацентарной недостаточности у 47,1% беременных, преэклампсии разной степени тяжести у 44,1%, угрозе преждевременных родов у 27,9% беременных. У беременных группы сравнения более чем в половине случаев (60,3%) были выявлены нарушения маточно-плацентарного кровотока различной степени тяжести. Пациенткам группы сравнения достоверно чаще потребовалась повторная госпитализация в стационар по поводу акушерской и экстрагенитальной патологии. Всего повторная госпитализация потребовалась 29 пациенткам (42,7%) группы сравнения, против 8 пациенток (14%) основной группы ($p < 0,05$). Доля новорожденных с оценкой по Апгар более 8 баллов была достоверно выше в основной группе беременных (66,6% против 48,5%) ($p < 0,05$). В тоже время доля новорожденных с оценкой по шкале Апгар ≤ 4 баллам в основной группе оказались ниже соответствующего значения в контрольной группе (3,5% против 14,7%) ($p > 0,05$). У пациенток основной группы достоверно чаще зафиксировано рождение новорожденных без каких-либо признаков гипотрофии. Всего в основной группе было 52,6% новорожденных без гипотрофии, против 33,8% новорожденных группы сравнения ($p > 0,05$). Вывод: У беременных с острой хирургической патологией проведение симультанных операций в III триместре беременности приводит к лучшим результатам, как со стороны матери, так и со стороны новорожденного, и позволяет достичь благоприятных перинатальных исходов по сравнению с тактикой продолжения беременности после выполнения хирургического вмешательства.

254.ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СКЛЕРОХИРУРГИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Куликова А.Н. (1), Гафурова Д.Р. (2), Чаббаров Р.Г. (2), Пятницкий А.Г. (2)

Саратов

- 1) ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава РФ
- 2) ООО «Омега клиник»

Актуальность: Варикозная болезнь (ВБ) нижних конечностей – чрезвычайно распространенное, социально значимое заболевание. Актуален анализ эффективности различных лечебных мероприятий в отдаленном послеоперационном периоде (более 5 лет), так как частота возврата симптомов ВБ остается весьма высокой. Материалы и методы: Представлены результаты обследования и лечения 228 больных ВБ. Основная (I) группа – 153 пациента (189 конечностей) после интраоперационной стволочной катетерной склерооблитерации (ИСКС) большой подкожной вены (БПВ) с кроссэктомией. Группа сравнения (II) – 75 больных (96 конечностей) после флебэктомии БПВ по Бэбкокку-Нарату. Мужчин – 60 (26,3%), женщин – 168 (73,7%). Средний возраст – $56 \pm 4,8$ года. Отдаленные результаты (5-9 лет) лечения оценивали при сравнительном анализе ультразвуковых характеристик венозного русла оперированных конечностей (сканеры SonoAce R3, Medison, Корея и Philips EnVisor HD, США, собственный разработанный протокол) и динамики течения ВБ (клинический раздел Международной классификации CEAP). Результаты и их обсуждение: При дуплексном ангиосканировании (ДАС) «патологическая» культя БПВ с расширенными венозными притоками визуализировалась у пациентов I группы в 8 (4,2%) наблюдениях, II – 6 (6,3%). Варикозная деформация приустьевых притоков при нормальной длине культы БПВ: I группа – 48 (25,4%), II – 11 (11,5%). «Кавернома»: I – 4 (2,1%), II – 3 (3,1%). Варикозная деформация передней добавочной подкожной вены: I – 42 (22,2%), II – 27 (28,1%) и латеральной вены: I – 5 (2,7%), II – 18 (18,8%), межсафенной: I – 21 (11,1%), II – 15 (15,6%). Добавочный или оставленный ствол БПВ: I – 5 (2,7%), II – 12 (12,5%). Несостоятельные перфорантные вены бедра: I – 60 (31,8%), II – 30 (31,3%) и голени: I – 183 (96,8%), II – 96 (100%). Несостоятельность клапанов бедренной вены: I – 6 (3,2%), II – 4 (4,2%), подколенной: I – 10 (5,3%), II – 17 (17,7%), глубоких вен голени: I – 11 (5,8%), II – 18 (18,8%). Регресс ВБ в отдаленном послеоперационном периоде фиксировали при снижении клинического класса (классификация CEAP) и расценивали это, как хороший результат лечения. «Отсутствие динамики» отмечали на основании сохранения исходного класса или его возврата к первоначальному статусу через 5-9 лет – удовлетворительный эффект от лечебных мероприятий. Критерием прогрессирования ВБ считали нарастание класса по CEAP – неудовлетворительный результат лечения. У больных I группы (189 конечностей – 100%) хорошие результаты выявили в 75 (39,7%) случаях, удовлетворительные – в 102 (54%) наблюдениях, неудовлетворительные – в 12 (6,3%). У пациентов после флебэктомии (96 конечностей – 100%) хорошие результаты лечения констатировали в 42 (43,8%) случаях, удовлетворительные – в 36 (37,5%), неудовлетворительные – в 18 (18,7%). Выводы: 1. У больных ВБ при ДАС вен нижних конечностей через 5-9 лет после склерохирургического и хирургического вмешательств в большинстве случаев обнаружили широкий спектр

патологических ультразвуковых признаков (6 из 13 признаков, различия по которым статистически значимы, не являются специфическими для данных методов лечения). 2. При изучении динамики ВБ после склерохирургического и хирургического вмешательств выявили три варианта течения заболевания: регресс, отсутствие динамики, прогрессирование. 3. Эффективность данных методов лечения сопоставима, что подтверждается суммарным числом положительных (хороших и удовлетворительных) отдаленных результатов: после склерохирургического вмешательства – 93,7%, хирургического – 81,3%. В группе пациентов после флэбэктомии хорошие результаты лечения фиксировали статистически значимо чаще ($p < 0,05$), что доказывает ее более высокую результативность в отдаленном периоде наблюдения. Рекомендации: 1. Целесообразно применять разработанный протокол ДАС для выявления и детального анализа послеоперационных изменений в венозном русле нижних конечностей у больных ВБ. 2. Оценку отдаленных результатов лечения пациентов с ВБ можно осуществлять на основании изменения клинического класса по CEAP.

255. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Осмокеску К.И.(1), Шилов А.Б.(2), Сорогин А.Б.(1)

Ярославль

1) ЯОКБ, 2) ЯГМУ

Наиболее серьезным осложнением после панкреатодуоденальной резекции является панкреатический свищ типа С, как вследствие, так и независимо от послеоперационного панкреатита. Дифференцировать эти осложнения очень сложно. Встречаемость послеоперационного панкреатита по данным литературы составляет 8-10%, после панкреатодуоденальной резекции она может составлять 1.9-50%. Причинно-следственные связи и основная этиология этих осложнений остается мало изученной. Современные принципы диагностики послеоперационного панкреатита основаны на наличии биохимических маркеров характерных для воспаления поджелудочной железы (уровень трипсиногена-2 > 50 мкг/л или амилазы сыворотки крови > 450 Ед\л) в течение первых часов и до двух дней после операции. Тяжесть панкреатита прогнозируется на основании повышения содержания С-реактивного белка > 180 мг / л в первые 2 послеоперационных дня. Целью работы явилось провести анализ клинических и лабораторных показателей у больных с послеоперационным панкреатитом после панкреатодуоденальной резекции для оптимизации ранней диагностики данного фатального осложнения и определения тактики лечения. Методы исследования. С 2010 по 2017 год в клинике хирургии ИПДО ЯГМУ на базе ЯОКБ выполнено 33 ПДР по поводу рака головки поджелудочной железы. У 10 (30,3%) больных послеоперационный период осложнился перитонитом по причине несостоятельности панкреатоеюноанастомоза, гепатикоеюноанастомоза и\или послеоперационного панкреатита. Мы ретроспективно оценили послеоперационную

клиническую картину, лабораторные показатели и данные лучевых методов исследования (УЗИ, ЯМРТ, КТ) в группе - 23 (69,7%) больных с неосложненным клиническим течением, группе больных с несостоятельностью панкреатоюноанастомоза или гепатикоеюноанастомоза развившихся без послеоперационного панкреатита - 4 пациента (12,1%) и группе больных, течение послеоперационного периода у которых, осложнилось панкреатитом - 6 пациентов (18,1%). Результаты. У всех пациентов с послеоперационным панкреатитом установлено значительное повышение уровня амилазы сыворотки крови уже на первые сутки после операции (1865+118 Ед\л) с тенденцией к росту к ко вторым и третьим суткам. Уровень амилазы крови в группах больных с неосложненным клиническим течением и с осложнениями без послеоперационного панкреатита в этот период незначительно превышал нормальные значения (332+138 Ед\л). Ретроспективный анализ данных лучевых методов исследования (УЗИ, ЯМРТ, КТ) с четвертого дня послеоперационного периода показал неэффективность этих методов для ранней диагностики послеоперационного панкреатита после панкреатодуоденальной резекции. Клинические признаки послеоперационного перитонита: воспалительная реакция организма, жидкостные образования в брюшной полости, появление отделяемого из брюшной полости в среднем на 2 дня развивались быстрее у больных с послеоперационным панкреатитом, чем при отсутствии данного осложнения. Из четырех больных с послеоперационным перитонитом без панкреатита выжило 2 пациента (50%). Среди 6 больных с послеоперационным панкреатитом в двух случаях диагностирован панкреатит средней и легкой степени, а у 4 пациентов – тяжелой степени. Все больные с тяжелым панкреатитом умерли, и летальность в данной группе составила 66,6% или 100% при тяжелом панкреатите. Заключение. Повышение амилазы сыворотки крови в первые 2 дня после панкреатодуоденальной резекции является ранним и значимым прогностическим признаком развития послеоперационного панкреатита. Хирургические вмешательства по поводу тяжелого послеоперационного панкреатита, направленные только на санацию брюшной полости без своевременного удаления остатков поджелудочной железы сопровождаются 100% летальностью.

256.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Шилов А.Б. (2), Михонов А.И. (2), Воложаев Е.А. (2)

Ярославль

1) ЯОКБ , 2) ЯГМУ

Несмотря на значительную встречаемость острого калькулезного холецистита, вопросы диагностики и тактики при данном заболевании регулярно обсуждаются в научной литературе. В 2007 и 2013 годах в Токио хирурги попытались установить объективные параметры для диагностики и тактики лечения острого холецистита. В 2015 году разработаны

и приняты на XII Съезде хирургов России национальные клинические рекомендации «Острый холецистит». Всемирное общество неотложной хирургии (WSES) в 2016 году созвало согласительную конференцию, целью которой явилось изучить эти разногласия и определить руководящие принципы относительно диагностики и лечения острого калькулезного холецистита. Что касается лечения острого калькулезного холецистита, исторически, основные дискуссии связаны со сроками операции, типом операции, роли холецистостомии и возможностями консервативной терапии, особенно при высоком хирургическом риске пациентов. Цель работы - представить опыт применения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите в течение 18-летнего периода. Методы: пациенты, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни, были ретроспективно введены в базу данных с 1999 по 2016 годы. В исследование включены все пациенты с острым холециститом, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Диагноз был основан на клинических, лабораторных данных и УЗИ. При подозрении на холедохолитиаз выполняли ЯМРТ холангиографию. Больные с холедохолитиазом в данное исследование не включены. Проведен анализ факторов риска, связанных с конверсией и осложнениями. Результаты: В период 1999 по 2016 годы в клинику поступило 9738 больных желчнокаменной болезнью, из них 7452 пациентам проведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического и острого холецистита в плановом и срочном порядке. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена 636 (8,5%) пациентам по поводу острого калькулезного холецистита. Среди больных острым холециститом преобладали женщины - 79% (502 пациента), 165 больных (26%) были пожилого и старческого возраста (21% - 1431 больной среди пациентов с хроническим калькулезным холециститом). Длительность заболевания от момента появления первых симптомов и хирургическим вмешательством варьировала в широких пределах: до 72 часов оперировано 57 (8,9%) пациентов, до 10 суток – 560 (88,1%) и до 20 суток – 19 (3%) больных. Таким образом, в 579 случаях (91,1%) лапароскопическая холецистэктомия выполнена в сроки, превышающие оптимальные согласно национальным клиническим рекомендациям «Острый холецистит» и в 617 случаях (97%) выполнена в сроки рекомендуемые согласительной конференцией «2016 WSES guidelines on acute calculous Cholecystitis» - до 10 суток. Гистологическое заключение подтвердило диагноз острого холецистита у 82% пациентов. Переход на открытую операцию был выполнен у 15 (2,4%) пациентов с острым холециститом и у 150 (2,2%) пациентов с хроническим калькулезным холециститом. Произошло одно повреждение общего желчного протока у больной хроническим калькулезным холециститом – 0,15% от всех лапароскопических холецистэктомий. Существенных различий в количестве послеоперационных осложнений (биломы, желчеистечение по дренажу) в группе больных острым калькулезным холециститом – 5,1% и группе больных хроническим калькулезным холециститом – 3,2% не установлено, так же как и по летальности – 0,4% и 0,3% соответственно. **ВЫВОДЫ:** Лапароскопическая холецистэктомия эффективное и безопасное вмешательство при остром холецистите и может быть выполнено в сроки до 10 суток от момента возникновения симптомов заболевания. Частота конверсий, послеоперационных осложнений и летальности при лапароскопической холецистэктомии по поводу острого холецистита в эти сроки сопоставима с таковой при хроническом калькулезном холецистите.

257. ВЛИЯНИЕ АКВАКОМПЛЕКСА ГЛИЦЕРОСОЛЬВАТА ТИТАНА И ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

Новомлинский В.В., Глухов А.А., Андреев А.А.

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Цель исследования – экспериментальное обоснование применения аква-комплекса глицеросольвата титана и низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в хирургическом лечении хронического остеомиелита. Исследования проведены в 5 группах животных на 175 белых крысах с хроническим остеомиелитом: 2-х контрольных и 3-х опытных. 1-ю контрольную группу составили животные без лечения. Во 2-й контрольной и опытных группах проводилась хирургическая санация гнойного очага, которая в 1-й опытной группе была дополнена введением в костную полость аквакомплекса глицеросольвата титана; во 2-й опытной – обработкой костной полости НИЛИ; в 3-й опытной – обработкой костной полости НИЛИ и последующим введением в нее аквакомплекса глицеросольвата титана. Моделирование хронического остеомиелита проводилось путем создания в области наружной поверхности бедра костной полости, в которую вносились марлевая турунда, смоченная 1% раствором этоксисклерола и фрагменты аутокости. Дефект кожи ушивался. На 7-е сутки в полость вводили культуру золотистого стафилококка в 2% агаре. Отверстие в кости пломбировали, рану ушивали. К 31-м суткам после внесения микробной культуры у животных развивался хронический остеомиелит. Результаты исследования. Динамику окислительного стресса изучали путем анализа уровня малонового диальдегида /МДА/ и содержания карбонильных групп в реакции с 2,4-динитрофенилгидразином /ДНФГ/. На 7-е сутки от начала лечения в 1-й контрольной группе уровень МДА превышал значение показателей у интактных животных в 2 раза; во 2-й контрольной группе – практически соответствовал им ($41,58 \pm 2,9$ нмоль/л). Уровень МДА в 1-й опытной группе был равен $34,02 \pm 2,73$ нмоль/л, во 2-й опытной – $33,85 \pm 2,35$ нмоль/л, в 3-й опытной – $28,47 \pm 3,05$ нмоль/л. Уровень ДНФГ в 1-й и 2-й контрольных группах составил $80,97 \pm 3,22$ и $77,33 \pm 2,23$ нм/мг белка, соответственно. Уровень ДНФГ в 1-й и 2-й опытных группах составил $66,01 \pm 3,14$ и $64,05 \pm 2,35$ нм/мг белка, соответственно; в 3-й опытной группе – равнялся $58,44 \pm 3,28$ нм/мг, что было достоверно ниже по сравнению с 1-й и 2-й контрольными группами. К 28-м суткам исследования в 1-й контрольной группе уровень МДА составил $40,01 \pm 3,26$ нмоль/л. В 1-й опытной группе уровень МДА составил $20,06 \pm 1,63$ нмоль/л, во 2-й опытной – $17,90 \pm 1,20$ нмоль/л, в 3-й опытной – $15,97 \pm 1,65$ нмоль/л. На 28-е сутки исследования в 1-й контрольной группе содержание ДНФГ составило $78,02 \pm 2,15$ нм/мг белка; во 2-й контрольной – $65,11 \pm 2,72$ нм/мг белка. Уровень карбонильной модификации белков в 1-й опытной группе был равен $55,94 \pm 2,72$ нм/мг белка, во 2-й опытной группе – $53,58 \pm 2,13$ нм/мг белка, в 3-й опытной группе – $50,24 \pm 2,44$ нм/мг белка. К 60-м суткам исследования уровень МДА в 1-й контрольной группе составил $39,28 \pm 4,65$ нмоль/л, во 2-й контрольной – $36,91 \pm 3,12$ нмоль/л, что свидетельствует о наличии патологического очага. Уровень МДА в 1-й опытной группе составил $17,97 \pm 1,54$ нмоль/л, во 2-й опытной – $17,01 \pm 0,92$ нмоль/л; в 3-й опытной – $14,86 \pm 1,93$ нмоль/л. К 60 суткам в 1-й контрольной группе сохранялся высокий уровень ДНФГ – $77,07 \pm 1,93$ нм/мг белка;

во 2-й контрольной – $59,61 \pm 2,04$ нм/мг, что было достоверно выше значений, полученных у интактных животных. Уровень ДНФГ в 1-й и 2-й опытных группах составил $50,64 \pm 2,18$ и $50,07 \pm 1,66$ нм/мг, соответственно. В 3-й опытной группе показатель приблизился к уровню интактных животных и составил $48,59 \pm 1,99$ нм/мг белка. Таким образом, при моделировании хронического остеомиелита отмечалась активация процессов свободнорадикального окисления и снижение активности системы антиоксидантной защиты. Включение лазерных технологий и тизоля в комплекс лечения хронического остеомиелита приводило к нормализации изучаемых показателей за счет стабилизации метаболических процессов и более благоприятного течения воспалительного процесса.

258. МЕТОДЫ ЗАКРЫТИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДОСТУПА ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Ольшанский М.С. (2), Андреев А.А. (1), Сухочев Е.Н. (2)

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Воронежский областной онкологический диспансер

Эндоваскулярные технологии доказали свою эффективность в диагностике и лечении различных заболеваний. Ежегодно только в США выполняется от 6 до 9 млн. пункций и катетеризаций различных артерий. Существенные проблемы возникают при развитии локальных осложнений, т.е. осложнений в месте выполнения пункции, которые, по данным литературы, являются наиболее частыми, составляя от 1,5 до 9% наблюдений. Цель исследования – сравнительная оценка эффективности лечения больных после эндоваскулярных вмешательств путем снижения риска развития локальных геморрагических осложнений у онкологических больных. Изучены результаты лечения 82 больных, которым выполнено 221 эндоваскулярное вмешательство правым транскутантным феморальным доступом. Все пациенты были разделены на 4 группы исследования по виду применяемого метода локального гемостаза. В 1-й группе был выполнен стандартный компрессионный гемостаз. Во 2-й группе – компрессионный гемостаз по разработанной методике с использованием манжеты, который реализовывался следующим образом. После выполнения пункции бедренной артерии, поверх нескольких фиксирующих туров в проекции места пункции укладывалась сдутая манжета, которая плотно прибинтовывалась к бедру. После фиксации повязки производилось нагнетание воздуха в манжету до прекращения пульсации на периферических артериях конечности со стороны повязки. Через 15-20 минут давление в манжете снижали, контролируя отсутствие промокания повязки. В 3-й группе – применялось устройство EхоSeal, производства Cordis; в 4-й группе – устройство PerClose ProGlide производства Abbott Vascular. Результаты исследования. Применение мануальной компрессии занимало не менее 7 минут, в среднем $13,6 \pm 4,3$ минут; метод компрессии с

использованием манжеты – $3,0 \pm 1,0$ минуты. Использование устройств ExoSeal проводилось в течение $3,8 \pm 1,3$ минут, Perclose – $6,5 \pm 2,3$ минут. Соблюдение строгого постельного режима в группах с использованием мануального гемостаза продолжалось $15,4 \pm 4,7$ часов, мануального гемостаза с манжетой – $16,3 \pm 5,2$ часов, применение устройств сокращало данный период до $6,0 \pm 1,8$ при применении устройства ExoSeal, до $5,8 \pm 1,7$ часов – при применении устройства Perclose. Стоимость устройства для реализации компрессионных методов не превышала 950 рублей, в то время как при проведении гемостаза с использованием устройств ExoSeal и Perclose стоимость гемостаза была в 11 раз выше. Кровоточивость из места пункции наблюдалась после проведения мануальной компрессии у 25 больных, после компрессии с использованием манжеты – у 5 больных, после применения устройства ExoSeal – у 4 больных. Гематомы объемом 50 мл и менее были выявлены после проведения мануальной компрессии у 16, после компрессии с использованием манжеты – у 3, после применения устройства ExoSeal – у 2 больных. Выводы. 1. Мануальные методы компрессии можно рекомендовать к применению при наличии стеноза бедренной артерии или при ее малом диаметре, высоком риске реакций на био- и небiodеструируемые компоненты или низком пороге болевой чувствительности, необходимости выполнения повторного вмешательства, невозможности последующего динамического наблюдения за больным, недостаточном уровне материального обеспечения стационара; нецелесообразно рекомендовать: при наличии высокого риска кровотечения, не-возможности соблюдения длительного постельного режима больным, а также при интенсивном режиме работы операционной. 2. Применение мануального метода компрессии с использованием манжеты в сравнении с традиционной компрессией позволяет сократить время гемостаза более чем в 2 раза и повысить его эффективность, но обладает более высокой стоимостью; в сравнении с аппаратными методами: обладает меньшей стоимостью (более чем в 10 раз) и сравнимой эффективностью гемостаза, но требует соблюдения длительного постельного режима и динамического наблюдения за больным.

**259.ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
В УСТАНОВЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ
ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ КОЛОСТАЗАХ.**

Манафов С.С., Алиева Н.З.

Баку

Научный центр хирургии им.акад. М.А.Топчибашева

Актуальность: Хронические запоры являются наиболее распространенным болезненным состоянием человечества. Не неся непосредственной угрозы жизни пациента, они в значительной степени снижают ее качество. Однако нет единого мнения в выборе вида лечебной тактики при колостазе: в каких случаях больных следует оперировать, а каких- вести

консервативно. Цель: Изучение эффективности использования ультразвукового метода в определении лечебной тактики у больных с хроническим запором. Материал и методы: В НЦХ им. акад. М.А.Топчибаева по поводу хронического запора с 2013 по 2016 гг. находились 118 больных в возрасте от 19 до 63 лет; мужчин было 27, женщин – 91. Больные были обследованы модифицированным нами методом УЗИ. Контрольную группу составляли 10 человек, у которых отсутствовали жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. Особенностью модификации УЗИ считается проведение исследования после заполнения просвета толстого кишечника 1,5-2,0 л раствором фурацилина (1:5000). Больные были разделены на 3 группы: 1) нормотонический тип (компенсированная фаза - 14 больных); 2) спастический тип (компенсированная фаза- 12, субкомпенсированная фаза - 15, декомпенсированная фаза - 20 больных); 3) атонический тип (компенсированная фаза - 16, субкомпенсированная фаза - 18, декомпенсированная фаза - 23 больных). Всем пациентам контрольной группы и больным страдающим колостазом проводили модифицированную методику УЗИ, которая позволяла выявить структурные и функциональные изменения во всех отделах толстой кишки. Полученные результаты сравнивали с данными контрольной группы. Полученные результаты: При спастическом типе колостаза в декомпенсированной фазе толщина стенки толстой кишки в нисходящей отделе составляла $5,68 \pm 0,39$ мм, сигмовидном - $5,27 \pm 0,20$ мм; скорость перемещения каловых частиц в этих же отделах $7,99 \pm 0,57$ см/мин; $7,75 \pm 0,51$ см/мин соответственно. При атоническом типе в декомпенсированной фазе в нисходящем отделе толщина стенки составила $1,62 \pm 0,09$ мм, скорость перемещения каловых частиц $1,85 \pm 0,14$ см/мин; в сигмовидном отделе толщина стенки $1,40 \pm 0,10$ мм, а скорость перемещения каловых частиц $2,04 \pm 0,12$ см/мин. Обсуждение: Консервативная терапия при колостазе снижает качество жизни больных, а оперативное вмешательство не всегда избавляет больных от запоров, а иногда сопровождается поносами. Причиной тому является неправильная установка показаний к операции. Устранению подобных пробелов может способствовать применение УЗИ в нашей модификации. Выводы: При нормотоническом типе колостаза всем больным рекомендовано консервативное лечение. При спастическом и атоническом типах колостаза по степени изменений толщины стенки толстой кишки в нисходящем и сигмовидном ее отделах, а также по скорости перемещения каловых масс в тех же отделах определялся объем оперативного вмешательства. При спастическом типе колостаза 16, атоническом типе 9 больным произведена колопексия, а остальным 31 больному со спастическим и 48-атоническим типом запора произведена резекция и колэктомия ($p=70,0$; $p<0,001$). Если до применения нашей модификации УЗИ в нашем центре 88,6% больным лечившимся хроническим запором было произведено оперативное вмешательство, то после внедрения модифицированной методики УЗИ количество оперированных больных колостазом сократилось до 66,9%. Рекомендации: При установке показаний к оперативному вмешательству следует учитывать и данные УЗИ исследования в нашей модификации. Эта методика с учетом толщины стенки толстой кишки в нисходящем и сигмовидном ее отделах, а также по степени перемещения каловых масс в тех же отделах позволяет дифференцировать показания к консервативному лечению или оперативному вмешательству.

260. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПОЛИКЛИНИКЕ

*Жданов А.И.(1), Рудой В.Г.(1,2), Разворотнев А.В.(2),
Ткачев И.Е.(2), Шевченко Д.С.(2), Стрыгина К.Х.(2)*

Воронеж

- 1) Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко
- 2) Воронежская городская клиническая поликлиника № 7

В настоящее время в различных центрах амбулаторной хирургии, в том числе, созданных при крупных поликлиниках, производят хирургические вмешательства госпитального реестра. Среди них одними из наиболее многочисленных и перспективных являются малоинвазивные вмешательства, которые выполняют с применением видеоэндоскопической техники. Центр амбулаторной хирургии (ЦАХ) создан в апреле 2004 года на базе Воронежской городской клинической поликлиники №7 (ВГКП №7). Основным подразделением ЦАХ является стационар кратковременного пребывания до 3 суток (СКП). Этот стационар состоит из 2 операционных залов на 3 операционных стола, 2 предоперационных, перевязочной, процедурной, 5 палат на 10 коек, в состав которых входят 2 палаты интенсивной терапии с централизованной подводкой кислорода и оснащенные необходимым оборудованием для оказания реанимационной помощи. В операционных имеются наборы инструментов и оборудование для оперативных вмешательств по 7 специальностям и среди них 3 видеоэндоскопические стойки отечественного производства для лапароскопических, артроскопических операций, гистерорезектоскопий, а также наркозные аппараты «Фаза-21», «Фаза-23» и др. За 13 лет в СКП ВГКП № 7 произвели 12167 операций. При этом 6029 (49.6%) оперативных вмешательств выполнили с применением видеоэндоскопической техники. Из них: 2446 операций хирургического профиля, 1615 - травматолого-ортопедического и 1968 - гинекологического. Из операций хирургического профиля выполнили 2062 лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ), 364 лапароскопические герниопластики и 20 диагностических лапароскопий. По поводу хронического калькулезного холецистита ЛХЭ произвели у 1998 (96.9%) пациентов. При этом в 145 случаях обнаружили нефункционирующий желчный пузырь, заполненный «белой желчью» и конкрементами, а в 29 - инфильтраты, с наиболее частой локализацией в области шейки желчного пузыря. У 64 (3.1%) пациентов ЛХЭ выполнена по поводу полипов желчного пузыря. Из них малигнизация полипов была установлена у 2 пациенток 34 и 67 лет. Интраоперационные осложнения после ЛХЭ выявлены у 39 (1.9%) больных и у 26 (1.3%) - послеоперационные. С 2009 года в ЦАХ ВГКП №7 у больных с паховыми грыжами выполнено 364 лапароскопические герниопластики (ЛГП) методом TAPP. При этом у 10 (2.7%) пациентов ЛГП были произведены по поводу рецидивных грыж, которые были ранее выполнены паховым доступом с использованием различных способов ауто- и аллопластик. У 61 (16.8%) пациента с двухсторонними паховыми грыжами ЛГП была произведена одномоментно с обеих сторон. Рецидивы грыж после ЛГП возникли у 9 (2.5%) пациентов в сроки от двух до шести месяцев. Устранение рецидивов грыж этим пациентам было произведено с использованием протезирующей пластики по Лихтенштейну. Артроскопические вмешательства по поводу последствий травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата с 2004 г. выполнили 1615 пациентам. При этом произвели 1499

(92.8%). санационных артроскопий коленного сустава. Из них: диагностических артроскопий - 141; резекций медиального мениска - 554; наружного мениска - 276; суставных лаважей при деформирующем остеоартрозе, хроническом синовите - 203; хейл - и синовэктомий, резекций гипертрофированной медиопателлярной складки, тела Гоффа - 131 и 101 удаление хондромных тел. В 76 случаях при асептическом некрозе мышечков бедренной кости и локальной хондромалиции суставной поверхности хряща III-IV ст. после артроскопического удаления фрагментов разрушенного гиалинового хряща была произведена абразия и микрофрактурирование дефектов. В ходе 17 операций обнаружен паракапсулярный разрыв мениска, выполнен артроскопический шов. Послеоперационные осложнения в этой группе больных составили 6.1%. Из них случаев синовита - 4.5%, гемартроза - 1.1% и 0.5% - нарушений чувствительности в области оперативного воздействия. С 2013 года выполнили 97 (6.0%) артроскопических пластик передней крестообразной связки (ПКС) при помощи аутооттрансплантата, выкроенного из сухожилий нежной и полусухожильной мышц по транстибиальной методике формирования туннелей. После артроскопических пластик ПКС осложнения выявили в 7.2% случаев. Синовит развился в 5.2% случаев и в 2.0% - при повторной травме произошла внутритуннельная миграция винта. У всех пациентов, несмотря на осложнения, функция оперированного сустава восстановлена полностью. С 2014 года выполнено 19 (1.2%) артроскопических вмешательств на плечевых суставах в объеме капсулотомии, иссечения ротаторного интервала, тенотомии длинной головки бицепса, субакромиальной декомпрессии и реддрессации сустава, шов дефекта суставной губы гленоида и ротаторной манжеты с последующим удовлетворительным восстановлением объема движений. Из гинекологических видеоэндоскопических вмешательств произвели 1815 гистерорезектоскопий и гистероскопий с отдельным диагностическим выскабливанием, а также 153 лапароскопических операций: резекции яичников, туб- и аднексэктомии, устранение очагов наружного эндометриоза при трубноперитонеальном бесплодии, хирургической стерилизации. Интраоперационные осложнения во время лапароскопических операций установлены у 17 (11.1%) больных и у 14 (0,8%) - во время внутриматочных вмешательств. Осложнений, связанных с анестезией при видеоэндоскопических вмешательствах хирургического, травматологического и гинекологического профиля не наблюдали. Гнойно-воспалительных осложнений и летальных исходов после выполнения всех этих операций также не было. Средняя длительность послеоперационного пребывания пациентов в СКП ВГКП № 7 после лапароскопических холецистэктомий составила 1.6 дня, лапароскопических герниопластик - 1.3, гистерорезектоскопий - 1.1, лапароскопических резекций яичников по поводу бесплодия - 1.2, артроскопий и менискэктомий - 1.1, артроскопических пластик ПКС - 3.2 и артроскопических вмешательств на плечевых суставах - 1.2 дня. Стоимость одного дня пребывания пациентов в СКП ВГКП № 7 значительно меньше, чем в больничных стационарах города, что вместе с сокращением сроков госпитализации дает существенную экономию материальных средств. Внедрение в повседневную хирургическую практику центра амбулаторной хирургии при поликлинике оперативных вмешательств с применением видеоэндоскопической техники позволило оказывать специализированную, многопрофильную хирургическую помощь большому количеству населения при снижении материальных затрат.

261. ПРОФИЛАКТИКА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Салахов Е.К.(1), Салахов К.К.(2), Юлдашев Б.В.(1)

Набережные Челны

ГАУЗ Менделеевская ЦРБ (1)

БСМП Набережные Челны (2)

Распространённый перитонит считается одной из наиболее серьезных проблем в абдоминальной хирургии. Летальность при этом по данным разных авторов варьирует от 11% до 83%. В последнее время все более актуальным является поиск эффективных мероприятий по адекватной интра- и послеоперационной санации брюшной полости – основного компонента эндоинтоксикации. Однако данные методы достаточно травматичны и могут вызывать ряд тяжёлых осложнений [4]. Послеоперационный спаечный процесс в брюшной полости признан наиболее распространённым осложнением в абдоминальной хирургии и ассоциирован с возможным последующим возникновением кишечной непроходимости, хронических болей в животе, бесплодия [2, 5]. Согласно имеющимся данным, спаечный процесс после абдоминального хирургического вмешательства развивается у 55–70 % пациентов [1]. Предотвращение послеоперационных спаек является единственным способом борьбы с заболеваемостью данной патологией. Первым шагом в предотвращении послеоперационного спайкообразования является применение минимально инвазивной хирургической техники, которое сводит к минимуму повреждения серозных оболочек и париетальной брюшины. Еще одним из современных направлений профилактики являются антиспаечные средства барьерного действия, в России наиболее популярным является гель Мезогель. Работы по изучению его эффективности для предупреждения спаечной болезни брюшной полости свидетельствуют о целесообразности его применения в клинической практике. Таким образом, актуальность проблемы лечения пациентов с распространённым перитонитом и последующая профилактика спайкообразования обуславливают необходимость дальнейших исследований в этом направлении. Цель. Оценить эффективность комплексного лечения распространённого перитонита, включающего минимально инвазивные вмешательства и физиотерапевтические способы, в профилактике спаечной болезни брюшной полости. Материалы и методы. Проведён анализ лечения 120 пациентов с распространённым перитонитом. В зависимости от применяемого лечения пациенты разделены на 2 группы. Основную группу составили 50 пациентов, у которых применялась лапароскопическая санация брюшной полости ирригационно-аспирационным аппаратом Брюсан, затем проводилась низкочастотная ультразвуковая обработка препаратом «Мезогель» производства ООО «Линтекс» (Санкт-Петербург). Возраст пациентов основной группы составил $41,8 \pm 2,5$ года (от 22 до 68 лет). В гендерном составе преобладали мужчины – 28 чел (56 %). Мангеймский перитонеальный индекс был равен $-27,3 \pm 1,2$ балла. В контрольную (сравнения) группу ($n=70$) вошли пациенты, у которых использовались открытый способ лечения распространённого перитонита – программированная релапаротомия. Средний возраст пациентов достоверно не отличался от основной группы и составил $43,6 \pm 2,4$ года (от 19 до 70 лет) ($p=0,605$). Мужчин так же как и в основной группе было больше, чем женщин – 42 человека (60 %) ($p=0,661$). Величина Мангеймского перитонеального индекса

соответствовала таковой исследуемой группы и составила $26,3 \pm 1,3$ балла ($p=0,512$). Причинами перитонита были острые заболевания органов брюшной полости и ранения. Достоверных различий по частоте тех или иных заболеваний, приведших к распространённому перитониту, в обеих группах не выявлено. Оценку тяжести больных и динамику их состояния проводили по клиническим данным, а так же результатам общего и биохимического исследования крови, бактериологического исследования промывной жидкости с оценкой качественного и количественного состава микрофлоры. Выраженность спайкообразования оценивали по УЗ-признакам, в частности дистанции скольжения кишечника. При бактериологическом исследовании промывной жидкости из брюшной полости в исследуемых группах кишечная палочка была выявлена в 48 (40,0 %) случаях, сальмонелла – в 35 (29,2 %) стафилококк – в 16 (13,3 %), протей – в 17 (14,2 %), синегнойная палочка – в 4 (3,3 %) случаях. У 92 (76,4 %) больных из раны высеивали монокультуру, у 28 (23,3 %) – ассоциацию микробов. Статистический анализ результатов лечения базировался на принципах доказательной медицины. Данные представлены в виде абсолютных цифр и процентов для категориальных переменных и в виде средних значений и стандартных отклонений для непрерывных переменных. Дихотомические переменные сравнивали при помощи критерия Хи-квадрата. Для сравнения непрерывных переменных использовали Т-тест. Достоверными считались результаты при $p < 0,05$. Результаты: Нами отмечено, что применение предложенного комбинированного способа лечения пациентов с распространённым перитонитом позволило в более ранние сроки, по сравнению с группой сравнения, нормализовать показатели сердечной деятельности, в частности пульса, органов дыхания – частоты дыхательных движений и температуры. Такая динамика показателей вероятно свидетельствует о адекватности терапии и соответственно меньшей тяжести больных основной группы после проведенного лечения. Оценка динамики основных показателей общего анализа крови показала, что количество лейкоцитов в основной группе быстрее достигло нормальных значений. При изначально повышенных цифрах $14,36 \pm 4,01$ и $13,85 \pm 4,22 \times 10^9/\text{л}$ в основной и контрольной группах ($p > 0,05$), снижение данного показателя за 7 дней лечения составило 57,9 и 35,2. Показатель СОЭ у пациентов обеих групп на фоне перитонита изначально был высоким, составляя $19,4 \pm 3,8$ мм/ч и $20,6 \pm 4,2$ мм/ч в основной и контрольной группах соответственно ($p > 0,05$). Нормализация СОЭ была более выраженной у представителей основной группы, у которых к 7-м суткам показатель прогрессивно снизился на 11,3 % по отношению к исходным данным. В контрольной группе динамика показателей так же была положительной, однако к 7-м суткам снижение показателя достигло лишь 7,5 % по отношению к первоначальным данным. При поступлении в стационар у всех больных показатели ЛИИ и МСМ были повышены, при этом в основной группе положительная динамика обоих показателей была достоверно более выраженной, однако к 7-м суткам ни один из них не достиг нормативных значений. Результаты микробиологического анализа показали, что в основной группе после комплексной терапии в 27 (54 %) случаев роста микрофлоры не обнаружено, у остальных больных число колониеобразующих единиц уменьшилось в несколько раз – с 1015–1012 до 104–102, чувствительность к антибиотикам расширилась в 12 наблюдениях (24 %) ($p < 0,05$). При использовании комплексной терапии острого распространённого перитонита в раннем послеоперационном периоде в брюшной полости установлен существенный антиспаечный эффект брюшной полости. Показатель послеоперационного спайкообразования, оцениваемый по данным УЗИ в виде продольной дистанции, которую проходят петли кишечника при цикле форсированный вдох-выдох, в

контрольной группе на 10-е сутки составил $0,83 \pm 0,4$ см, тогда как в основной группе был в 2,1 раза выше ($1,80 \pm 0,5$ см) ($p < 0,05$), что свидетельствует о более высоком уровне моторной активности петель кишечника у пациентов исследуемой группы. Соответственно нами, как и в других научных исследованиях, была подтверждена эффективность препарата Мезогель в уменьшении спаечных процессов в брюшной полости после оперативных вмешательств. Отметим, что он был использован в комплексе с другими способами лечения. Разработанный способ программных санаций, сочетающий в себе два вида лапароскопической санации: механического воздействия промываемым раствором (Брюсан) и действия физических факторов (обработка ультразвуком), способствует преодолению такого недостатка миниинвазивных способов санации как устранение массивной бактериальной контаминации. Нами отмечено, что предложенный метод санации оказывает выраженный бактерицидный и бактериостатический эффект. Количество койко-дней было достоверно меньше в основной группе – $15,6 \pm 1,6$ дня против $19,8 \pm 1,8$ дня в контрольной ($p < 0,05$). Полученные результаты ещё раз подтверждают, что оптимальный выбор хирургом метода пролонгированной санации – залог успешного лечения распространённого перитонита. Вывод: Применением комплексного подхода в терапии острого распространённого перитонита достигается значительное уменьшение спаечного процесса брюшной полости. Эффективность предложенного способа основывается на решении триединой задачи в профилактике образования спаек. Во-первых, профилактика адгезиогенеза базируется на меньшей травматизации тканей брюшной стенки и брюшной полости, что достигается применением программированных миниинвазивных вмешательств. Во-вторых, разработанный комплексный подход с включением физиотерапевтических способов позволяет сравнительно быстро купировать один из важнейших факторов адгезиогенеза – воспалительный процесс брюшной полости, о чем свидетельствует положительная динамика показателей эндогенной интоксикации, лейкоцитарной реакции и пейзажа микроорганизмов брюшной полости. В-третьих, применение геля в комплексном лечении приводит к быстрому восстановлению структурно-функциональное состояние брюшины. Таким образом, на современном этапе развития медицинских технологий предложенный комплексный подход в профилактике спаечной болезни брюшной полости является весьма перспективным.

**262.ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ «КРИВОЙ ОБУЧЕНИЯ»
ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЕ
В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Хрипун А.И., Сажин И.В., Махуова Г.Б.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель. Изучить процесс формирования кривой обучения на примере лапароскопических резекционных вмешательств на желудке. Кривая обучения — это графическое представление изменения скорости обучения определённому знанию или виду деятельности. Как правило, способность сохранять в памяти новую информацию максимальна после первых попыток освоения данной деятельности, затем скорость обучения постепенно снижается, что означает необходимость большего числа повторений для усвоения материала. Кривая обучения также иллюстрирует изначальную сложность изучения чего-либо, а также то, насколько много предстоит освоить после начального ознакомления. Материал и методы. Обобщен опыт лапароскопических операций на желудке, на основании которого выявлены особенности формирования кривой обучения при данном виде вмешательств. Проведен ретроспективный анализ 220 операций, выполненных с 1994 по 2016гг. у равного количества пациентов (по 110) в двух периодах наблюдения: с 1994 по 2000г. и с 2001 по 2016г. Такое разделение по годам объясняется внедрением в клиническую практику в начале 2000-х гг. современных электрохирургических биполярных и ультразвуковых аппаратов, упрощающих интраоперационный гемостаз и мобилизацию органов. Операции выполнялись тремя бригадами хирургов. Для формирования кривой обучения были выделены следующие показатели: время мобилизации органа до наложения анастомоза; количество эпизодов кровотечения; время, требующееся на борьбу с кровотечением; время формирования анастомозов; количество конверсий; время операции. Результаты. В I периоде наблюдения показатель времени мобилизации органа до наложения анастомоза снизился с 188 мин. (50% времени всей операции) до 127мин. (44,7% времени операции). Количество эпизодов кровотечения прогрессивно снижалось с 41,7% (на 5 операциях из 12) до 23,1% (на 3 операциях из 13). Время гемостаза снизилось незначительно в абсолютных цифрах – 68 мин. в начале I периода наблюдения против 59 мин. к концу периода. В структуре общего времени операции по данному показателю имелась отрицательная динамика: время на остановку кровотечения в начале периода составляло 18,1% от времени всей операции, а в конце периода – 20,3%. Показатель времени формирования анастомозов составил 90 мин. в начале периода и 63 мин. в конце. Конверсии отмечены только в начале первого периода наблюдений и общее их количество составило 4 (7,2%). Количество конверсий в I периоде наблюдения коррелировало с количеством эпизодов кровотечения. Время операции в начале периода составило 376 мин, в конце – 284 мин. Во II периоде наблюдения время мобилизации органа до формирования анастомоза было 109 мин (41,8% времени операции) в 2000г. и 68 мин (43,3% времени операции) с 2004г. по 2016г. Эпизоды кровотечения наблюдались только в 2001г. – год появления и освоения новых электрохирургических аппаратов. Количество эпизодов кровотечения составило 3 из 15 выполненных в этот год операций (20%). Время для достижения гемостаза в указанных случаях составило в среднем 51 мин (20,3% времени всей

операции). В последующие годы II периода наблюдения эпизодов кровотечения не наблюдалось. Это позволило избежать конверсий и значительно сократить время выполнения всей операций. Время формирования анастомозов сократилось в среднем с 61 мин. в начале периода до 53 мин. в конце его. Конверсий во II периоде наблюдения не было. Время операции сократилось в среднем с 261 мин. до 157 мин. Обсуждение. При анализе показателей I периода наблюдения отмечено, что по всем критериям имеется прогрессивный рост, за исключением показателя времени интраоперационного гемостаза. Этот показатель к концу периода несколько вырос в структуре операции из-за уменьшения времени всей операции и низкой технологической оснащенности. При анализе показателей II периода отмечается продолжение улучшения показателей. Современные электрохирургические комплексы значительно облегчили работу хирургов и освоение данных методик операций. Стабилизация показателей на одном уровне отмечается ближе к середине II периода наблюдения, что говорит о достижении плато кривой обучения. Количество операций, выполненных к этому моменту было около 100. Выводы. Кривая обучения – наиболее объективный показатель, отражающий безопасность определенного вида вмешательств и опыт хирурга. Определенный вид операций следует внедрять и развивать в высокопоточковых центрах, где имеется стабильное количество пациентов с однородной патологией. Операции должны выполняться одной и той же хирургической бригадой. Наши данные коррелируют с данными мировой литературы, что отражается в количестве выполненных операций до достижения плато кривой обучения. Технические возможности клиники значительно влияют на обучение хирургов определенному виду операций. Современные аппараты и оборудование позволяют выполнять вмешательства с меньшими физическими и психологическими затратами и повышают их безопасность.

263. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ АМПУТАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Кудыкин М.Н., Шейко Г.Е., Дерябин Р.А., Васягин А.Н.,
Бесчастнов В.В., Рябков М.Г., Маклахов И.В.*

Нижний Новгород

Федеральное государственное бюджетное учреждение
"Приволжский федеральный медицинский исследовательский институт"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: оценить выживаемость после ампутации у больных с критической ишемией нижних конечностей. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ выживаемости 171 пациента с критической ишемией нижних конечностей после выполненной ампутации на различных уровнях. Первая группа включает 88 пациентов, которым выполнена первичная ампутация. Гангрена конечности, а также невозможность

выполнения реваскуляризирующей операции являлись показанием к проведению ампутации. Все больные получали лечение в общехирургических стационарах и были консультированы сосудистым хирургом на предмет возможности выполнения, восстанавливающего кровотока хирургического вмешательства. У всех больных выявлено распространенное поражение с мультифокальными окклюзиями артерий бедра и голени, что в целом соответствовало типу D поражения по классификации TASCII (2007 г.). Вторая группа включала 83 пациента, которым была выполнена вторичная ампутация после проведения попытки хирургической реваскуляризации нижних конечностей. Показания к ампутации у этой группы больных определялись в соответствии с TASCII. В зависимости от объема выполненной ампутации больных распределяли на три подгруппы: пациенты, которым выполнена надколенная ампутация; пациенты, которым выполнялась ампутация на уровне голени; пациенты с малыми ампутациями, у которых операция ограничивалась вмешательством на стопе. Пациенты двух групп статистически значимо не отличались по большинству основных клинико-демографических показателей, за исключением распространенности сахарного диабета, который чаще встречался во второй группе. Оценивалась продолжительность жизни после ампутации. Опрос пациентов или их родственников проходил в период от 24 до 48 месяцев после выполнения ампутации. При выявлении факта смерти больного в послеоперационном периоде предпринималась попытка выяснения причин смерти. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica6.0. Для оценки статистической значимости различий при сравнении групп по качественному признаку применяли точный критерий Фишера. Анализ выживания осуществляли методом Каплана-Мейера, сопоставление групп больных по времени до наступления изучаемого исхода проводили при помощи лог-рангового критерия. Критическое значение уровня значимости принимали равным 5% ($p \leq 0,05$). Результаты и обсуждение: через 18 месяцев после выписки из стационара в живых осталось только 42 (47,7%) больных, перенесших первичную ампутацию, что статистически значимо меньше ($p < 0,05$), чем во второй группе ($n=59$; 71,1% больных), где выполнялась вторичная ампутация. В обеих группах отмечено снижение продолжительности жизни, однако выявленные различия по этому признаку между группами были статистически значимы ($p=0,0023$) в пользу вторичных ампутаций. Обращает на себя внимание тот факт, что в первой группе причиной смерти чаще являлось нарушение мозгового кровообращения, а во второй группе превалировала кардиальная патология. Установлено, что выполнение первичной ампутации статистически значимо сокращает продолжительность жизни в послеоперационном периоде по сравнению с проведенной вторичной ампутацией. Отсутствует четкая взаимосвязь между наличием сопутствующей патологией и продолжительностью жизни в послеампутационном периоде. Через 18 месяцев после выписки из стационара смертность в 1 группе составила 52%, во 2 группе – 29% ($p < 0,05$). Выводы: первичная ампутация у больных с КИНК не приводит к увеличению продолжительности жизни, тогда как вторично выполненная ампутация (после неудавшейся попытки реваскуляризации, тромбозе шунта, повторной окклюзии другого генеза с прогрессированием ишемии и развитием гангрены) ведет к увеличению продолжительности жизни и снижению уровня и объема ампутации. При решении вопроса о первичной ампутации наличие сопутствующей патологии не оказывает существенного влияния на продолжительность жизни после операции и не должно рассматриваться как определяющее в принятии решений.

264.НОВОЕ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАТЕТЕРНОЙ БАЛОННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Шейко Г.Е., Кудыкин М.Н., Белова А.Н., Лоскутова Н.В.,
Дерябин Р.А., Васягин А.Н., Целоусова Л.М.*

Нижний Новгород

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Диагностика купирования критической ишемии нижней конечности (КИНК) после проведенной реваскуляризации представляет собой актуальную проблему. Существующие методы диагностики отличаются либо высокой стоимостью и малой доступностью, либо ограничены низкой чувствительностью и специфичностью. При этом восстановление магистрального кровотока не гарантирует купирования КИНК. Это побуждает искать доступные, распространенные способы оценки состояния тканей при КИНК, дающие объективное представление об эффективности купирования артериальной недостаточности при выполнении реваскуляризирующего вмешательства и/или проведения консервативных терапевтических мероприятий. Цель работы: определить чувствительность и специфичность изменения скорости распространения возбуждения (СРВ) по двигательным волокнам, как метода диагностики купирования КИНК после эндоваскулярной реваскуляризации

Материалы и методы: было обследовано 36 пациентов, из них 29 пациентов с купированной КИНК и 7 пациентов некупированной КИНК. Средний возраст пациентов составил 62 ± 7,8 лет. Из 36 пациентов 22 (61,1%) были мужского пола. Определены следующие клинко-демографические показатели: гипертоническая болезнь - 32 (88,8%), ишемическая болезнь сердца (постинфарктный кардиосклероз) - 25 (69,5%), хроническая цереброваскулярная недостаточность (перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения) - 15 (41,6%), хроническая почечная недостаточность - 5 (13,9%), сахарный диабет - 26 (72,2%). Пациентам было проведено эндоваскулярное реваскуляризирующее оперативное вмешательство. Всем больным выполнялась катетерная баллонная ангиопластика по артериям голени и стопы. Электронейромиография (ЭНМГ) и дуплексное сканирование артерий выполнялись за день до реваскуляризации и спустя 2 недели после реваскуляризации. При проведении ЭНМГ исследовались двигательные нервы: большеберцовый нерв (n. Tibialis, отведение с m. abductor hallucis), малоберцовый нерв (n. Peroneus, отведение с m. extensor digitorum brevis). Предварительный анализ данных ЭНМГ до и после операции показал, что наиболее информативным показателем, коррелирующим с восстановлением кровотока в конечностях, являлась СРВ по двигательным волокнам. Подтверждением купирования КИНК по данным ЭНМГ было принято считать прирост СРВ ≥ 20%. Подтверждение диагноза КИНК, а также подтверждение купирования КИНК выполнялось экспертным методом. Рассчитаны чувствительность, специфичность изменения СРВ по двигательным волокнам, как метода диагностики КИНК до и после операции реваскуляризации. Результаты: у пациентов с КИНК до проведения реваскуляризации периферическая нейропатия выявлялась в 100% случаев. В результате операции реваскуляризации первичная проходимость области реконструированного сосудистого русла была достигнута у 29 (80,6%) оперированных

больных. У 7 (19,4%) купирование КИНК не было достигнуто вследствие невозможности реканализации пораженных артерий. Повышение СРВ \geq 20% от исходного через 2 недели после операции реваскуляризации было выявлено у 24 (82,8%) пациентов с купированной КИНК. У 5 (17,2%) пациентов с купированной КИНК по данным ЭНМГ увеличение СРВ отсутствовало либо было менее 20%. Таким образом чувствительность изменения СРВ по двигательным волокнам, как метода диагностики КИНК до и после операции реваскуляризации составила 82,8%, а специфичность 100%. У 7 пациентов с некупированной КИНК не было выявлено прироста СРВ \geq 20% хотя бы по одному нервному стволу. Выводы: исследование изменения СРВ по двигательным нервам нижних конечностей после операции реваскуляризации у больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей является чувствительным и специфичным методом оценки купирования КИНК. Для подтверждения эффективности реваскуляризации целесообразно проводить не только ультразвуковое исследование, транскутанную оксиметрию, но и электронейромиографическое исследование нижних конечностей.

265. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Агаханова К.Т., Рогаль М.Л., Шляховский И.А., Джаграев К.Р.,
Новиков С.В., Озова З.М., Степан Е.В.*

Москва

НИИ СП им Н.В.Склифосовского

Актуальность. Повреждения поджелудочной железы (ПЖ) при закрытой травме и ранении живота встречаются в 1-20%, характеризуются тяжелым течением с развитием посттравматического панкреатита (ПП), частота которого при травме поджелудочной железы достигает 87,5%. Для ПП, характерен высокий уровень осложнений (до 78%) случаев, в том числе развитие тяжелого деструктивного панкреатита, абдоминальной флегмоны, аррозивного кровотечения и сепсиса. Уровень летальности при ПП может достигать от 12 до 73%. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных ПП путем применения новой тактики лечения при травме ПЖ. Материал и методы. С 2012 по 2016 гг. пролечено 94 пострадавших с посттравматическим панкреатитом. С закрытой травмой было 65 (69,1%) пострадавших, с ранением – 29 (30,8%) пострадавших. Основной причиной закрытой травмы было дорожно-транспортное происшествие, открытой травмы - колото-резаные ранения. Диагноз ПП ставился на основании УЗИ, МСКТ, видеолапароскопии, данных лабораторного исследования. Повреждения ткани ПЖ, степень которых определяли по классификации ? повреждений ПЖ «The American Association the Surgery of Trauma» выявлены у 79 из 94 больных (84,1%). У остальных 15 пострадавших повреждения паренхимы железы не было установлено, развившийся панкреатит носил реактивный характер. Среди оперированных больных повреждения I степени были выявлены у 49 больных (62,1%), II степени – у 10 (12,6%), III

степени – у 10 (12,6%), IV степени – у 9 (11,4%), V - у 1 (1,3%). В 15 наблюдениях имел место реактивный панкреатит. Среди пациентов с открытой травмой живота повреждения I степени были выявлены у 8 больных (72,4%), II степени – у 8 (24,1%), III степени – у 10 (30,0%), IV степени – 3 (6,8%). Пациентов с повреждением ПЖ V степени не было. Все 29 больных в этой группе были оперированы. Среди 65 пациентов с закрытой травмой живота хирургическое лечение выполнено у 50 (76,9%). Повреждения I степени были выявлены у 28 больных (56,0%), II степени – у 10 (20,0%), III степени – у 10 (20,0%), IV степени – 1 (2,0%) V - у 1 больной (2,0%). У остальных 15 пациентов ПП разрешился в ходе консервативной терапии. Сразу после установления диагноза ПП панкреатита назначали октреотид в дозе 900 мкг/сутки. При выборе объема операции руководствовались методическими рекомендациями, разработанными в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. С 2012 г хирургическая тактика зависела от степени повреждения ПЖ. При I-IV степени повреждения ПЖ выполняли прецизионный гемостаз с прошиванием кровоточащих сосудов. При V степени повреждения тела и хвоста ПЖ производили корпорокаудальную резекцию, Вирсунгов проток не лигировали. Операцию завершали дренированием сальниковой сумки двумя дренажами, располагая их вдоль верхнего и нижнего краев ПЖ. Ушивание дефекта паренхимы ПЖ, ушивание и перитонизацию края ее резекции, тампонаду сальниковой сумки, перевязку культи главного панкреатического протока не проводили, поскольку эти манипуляции существенно увеличивают риск развития или возникновения панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений за счет дополнительной травмы паренхимы ПЖ и протоковой гипертензии. Предложенная тактика соответствует тактике, принятой в ведущих мировых клиниках. Результаты и обсуждение. Изучение клинического течения пострадавших с травмой ПЖ показало, что повреждения ПЖ не имеют специфических клинических признаков, а развитие ПП часто маскируется проявлениями травмы других органов и происходит на фоне интенсивной терапии, что обуславливает «стертую» клиническую картину и создает трудности в диагностике. Во многих случаях ПП впервые диагностируется на стадии деструктивных осложнений. Результаты лечения зависели от характера хирургического вмешательства. Ранее (до 2012г) при ушивании раны ПЖ имело место значительное число осложнений и высокая летальность, 43,8% и 17,0% соответственно. При применении новой хирургической тактики дренирования зоны повреждения ПЖ осложнения отмечены у 11 пациентов (12,6%), а летальный исход наступил в 7 (7,4%) случаях. Заключение. Разработанная новая тактика лечения ПП панкреатита в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, включающая ранее начало специфической терапии, прецизионную технику гемостаза ПЖ и адекватное дренирование сальниковой сумки, позволяет уменьшить количество осложнений и снизить летальность у пострадавших с повреждением ПЖ. Применяемая нами в последние годы тактика позволила добиться результатов лечения ПП на уровне ведущих мировых клиник.

266. ПУТЬ ОТ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Затевахин И.И. (1,2), Цициашвили М.Ш. (1,2), Шиповский В.Н. (1,2), Монахов Д.В. (2,1)

Москва

1. ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Кафедра факультетской хирургии педиатрического факультета
2. Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева

Актуальность Осложнения портальной гипертензии (кровотечения из ВРВП и ВРВЖ, резистентный асцит) остаются сложной проблемой в современной хирургической гастроэнтерологии. Цель исследования Подготовка пациентов с осложнениями портальной гипертензии к трансплантации печени с помощью малоинвазивных вмешательств-эндоскопических и эндоваскулярных Материалы и методы. Алгоритм подготовки основан на анализе лечения 302 пациентов с кровотечением портального генеза и 147 пациентов с резистентным асцитом. Структура больных (n- 302) с кровотечением: 221 пациент с состоявшимся кровотечением и 81 пациент с продолжающимся. При этом у 18 больных в качестве экстренного метода гемостаза выполнено эндоскопическое лигирование, а 63 установлен зонд-обтуратор. У 2-х была выполнена операция Пациора. Группе больных (n- 221 пациентов) с состоявшимся кровотечением первым этапом выполнено эндоскопическое лигирование. После стабилизации состояния и оценки степени печеночно-клеточной недостаточности, 126 из них была выполнена операция TIPS (трансьюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование). Больные были разделены на 2 группы- в 1-й группе для TIPS использовали голометаллические стенты (n=78), во 2-й стент-графты (n- 54). Структура группы пациентов с резистентным асцитом (n- 147): у 32 пациентов помимо асцита был эпизод кровотечения, у 3-х правосторонний гидроторакс, 70-ти пациентам выполнен TIPS . В 1 группе использовали голометаллические стенты (n=31), во 2-й- стент-графты (n=39). Для определения эффективности TIPS была сформирована контрольная группа (n=77), которым проводились лапароцентезы и консервативная терапия. После выписки все пациенты направлялись к трансплантологу для определения показаний к трансплантации печени. Результаты Через 18 мес после TIPS по поводу кровотечения были получены результаты: в 1-й группе (голометаллический стент, n-78) у 16 пациентов диагностировали тромбоз стента, который у 13 пациентов привел к возникновению кровотечения из ВРВП; увеличение степени ПЭ зафиксировано у 9. Во 2-й группе (n-54) больных случаев тромбоза стент-графта не было; кровотечение из ВРВП рецидивировало у 2 больных, увеличение степени ПЭ зафиксировано у 4 пациентов. Летальность: в 1-й группе 14 пациентов (17,9%) и 5 (9,3%) во 2-й группе. При анализе лечения пациентов с резистентным асцитом нами получены следующие результаты: Через 6 месяцев в 1 группе: умерло 5 больных от декомпенсации цирроза. У 2 отмечен рецидив кровотечения из ВРВП, нарастание асцита у 5 больных. Тромбоз шунта у 7 пациентов - выполнялась реолитическая тромбэктомия, параллельный TIPS и стентирование «стент-в-стент». Увеличение степени ПЭ наблюдалось у 5 пациентов. Рецидив кровотечения и асцита в данной группе больных был связан с тромбозом стента. Во 2-й группе (TIPS со стент-графтом) получены результаты: скончался 1 пациент (2,6%) от декомпенсации цирроза. Увеличение степени ПЭ наблюдалось у 4 пациентов. Признаков тромбоза стента не

было выявлено, однако у двух больных наблюдалась миграция стента, что повлекло за собой увеличение количества асцитической жидкости – выполнялись повторные вмешательства после TIPS. У 77 пациентов контрольной группы с асцитом рецидив кровотечения из ВРВП развился у 7, нарастание асцита у 18 пациентов, увеличение степени печёночной энцефалопатии было у 8, умерло 25 пациентов (32,5%). После применения малоинвазивных методов коррекции осложнений портальной гипертензии в сотрудничестве с трансплантологами было выполнено 44 ортотопических трансплантации печени- 12 пациентов после TIPS и 32 пациента после эндоскопического лигирования в сроки от 1.5 до 79 месяцев **Выводы:** Таким образом, путь больного с осложнениями портальной гипертензии к трансплантации печени должен включать в себя малоинвазивные способы коррекции, которые позволяют продлить жизнь пациента до пересадки печени

267. КУРАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕСТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕЗОНАНСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

*Халидов О.Х.(1), Фомин В.С.(1), Яковенко В.Н.(2), Джаджиев А.Б.(1),
Фомина М.Н.(1), Стручков В.Ю.(2), Тегай Р.А.(1)*

Москва

- 1)ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
- 2)ФГБУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Цель. Целью работы явилось внедрение в клиническую практику методики резонансной стимуляции (РС) перистальтической активности (ПА) пищеварительного тракта у пациентов с острой спаечной нестрангуляционной тонкокишечной непроходимостью (ОСНТКН) для восстановления пассажа химуса и профилактики/коррекции внутрибрюшной гипертензии (ВБГ). Материалы и методы. В ходе работы нами анализирован исход лечения 46 пациентов с картиной ОСНТКН (2015-2016гг). Госпитализация всех больных по неотложным показаниям по каналу «03». В анализируемой группе преобладали женщины (59%), средний возраст $54,4 \pm 4,3$ года. Исходно у всех в анамнезе 1-7 операций, Мср $2,6 \pm 1,1$. Выделены 1-я группа (21 пациент - проспективно) и 2-я группа (25 больных – ретроспективно), сопоставимы и соизмеримы. Во 2 группе проводилось лечение ОСНТКН согласно приказу №83(320) и НКР по ОКН. Пациентам 1 группы в лечении ОСНТКН для коррекции синдрома энтеральной недостаточности (СЭН), профилактики прогрессирования ВБГ, стимуляции ПА проводились сеансы РС. Исходно всем выполнялась декомпрессия верхних отделов ЖКТ, динамический пассаж бариевой взвеси, электроэнтерография на «селективном полиграфе ЖКТ». Мониторинг интраабдоминального давления согласно интравезикальной манометрии по Kron. Результаты и их обсуждение. Всем пациентам обеих групп выполнялось исследование ПА пищеварительного тракта методом селективной полиграфии. Исходная активность возбудимых структур была незначительной, не превышая $11,3 \pm 5,8$ мкВ. В группе 2 после регистрации исходной активности

реализовывался стандартный протокол ведения пациентов с ОСНТКН. В 1 группе, помимо комплексной медикаментозной терапии, проводилась РС с экспозицией не менее 1,5 часов на все структуры последовательно в стандартных режимах. При этом на фоне терапии получены ответы возбудимых структур всех «заинтересованных» отделов с нарастанием амплитуды вызванных сигналов до 85 ± 9 мкВ. В последующем прослежена синхронизация чувствительности всех отделов с сохранением активности последних в фоновых режимах (без РС, только мониторинге). Максимальная чувствительность к исходу 3 сеанса у всех пациентов 1 группы возросла до $Msp110 \pm 13$ мкВ. В ходе динамического пассажа бариевой взвеси контрастирование терминальных отделов подвздошной кишки, купола слепой кишки отмечено через $6,2 \pm 2,1$ часа в 1 группе и $8,1 \pm 2,3$ часа ($p < 0,05$) в группе 2. Назогастральное зондирование позволило объективизировать динамику уменьшения гастро- и энтеростаза: имелся отчетливый лизис отделяемого по зонду в 1 группе - удаление последнего в 100% наблюдений к исходу первых суток, а в группе 2 к данному сроку - лишь у 48% ($p < 0,05$). В основной группе к исходу 24ч в 100% получен самостоятельный стул, в группе сравнения лишь 2/3 пациентов удовлетворяли этому критерию ($p < 0,05$). При анализе внутрибрюшного давления в начале лечения параметры ВБГ составили $18,3 \pm 4,3$ ммрт.ст. в 1 группе и $17,9 \pm 3,7$ ммрт.ст. в группе 2 ($p < 0,05$), к концу 24-часового наблюдения в 1 группе ВБГ составляло $11,2 \pm 2,1$ ммрт.ст., а в 2 группе – $14,1 \pm 5,7$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$). К исходу вторых суток лечения у всех пациентов 1 группы трансвезикально измеренное давление составляло $5,8 \pm 1,3$ мм.рт.ст, в то время как среднее значение абдоминального давления во 2 группе равнялось $10,3 \pm 3,9$ ммрт.ст. ($p < 0,05$), а у 7 пациентов отмечались признаки гипертензии 1 степени (значения более 12 ммрт.ст.) и, соответственно, риск развития и нарастания СЭН. Заключение. Полученные результаты указывают на перспективность применения РСПА у пациентов с ОСНТКН, избегая чрезмерной (порой порочной) хирургической активности, снижая риск дальнейшей травматизации брюшины и, как следствие, уменьшение прогрессии брюшных спаек. Считаем целесообразным применение методики РС пищеварительного тракта в комплексной терапии данной патологии для ускорения перистальтики и скорейшего разрешения ОСНТКН, а также профилактики развития синдрома энтеральной недостаточности на фоне прогрессии интраабдоминального давления.

268.ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ТИМУСА

Аблицов А.Ю., Ветшев П.С., Аблицов Ю.А., Василашко В.И., Крячко В.С., Лукьянов П.А.

Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава РФ

Актуальность: За последние два десятилетия изменились методические подходы к технологии удаления вилочковой железы. Стернотомию вытесняют миниинвазивные вмешательства, выполняемые с помощью видеоторакоскопической аппаратуры и

роботизированного комплекса Да Винчи. Изучение результатов видеоторакоскопических тимомтимэктомий и сравнение их с открытыми операциями является актуальным разделом современной хирургии. Материал и методы: С 2006 по 2016 г.г. в отделении торакальной хирургии НМХЦ им.Н.И.Пирогова видеоторакоскопическим методом оперировано 37 больных с опухолями вилочковой железы в возрасте от 30 до 78 лет (средний возраст $53,2 \pm 12,3$). По наличию миастенического синдрома пациенты оказались практически в равном соотношении: у 19 человек была миастения, у 18 больных миастенических проявлений не было. В 32 случаях выполнено полное удаление опухоли, 5 пациентам произведена циторедуктивная операция, у 1 больного операция начиналась как видеоассистированная, а затем по причине затрудненной ревизии была произведена конверсия в открытое оперативное вмешательство. Через правую плевральную полость выполнено 27 оперативных вмешательств, 10 - через левую плевральную полость. Полученные результаты: Сравнительная оценка 37 торакоскопических тимомтимэктомий (ТТЭ) и 78 вмешательств (СТ), выполненных из стернотомии (66) или торакотомии (12) за один и тот же период, не показала существенных различий по длительности операций: средняя длительность ТТЭ составила $95,8 \pm 26,7$ мин., в то время как средняя длительность СТ — $91,2 \pm 33,4$ мин. Необходимо отметить, что с приобретением опыта длительность видеоторакоскопической тимомтимэктомии сокращается. Средний койко-день в реанимационном отделении после ТТЭ составил $1,1 \pm 0,4$ суток, после СТ — $1,5 \pm 1,6$ суток. Средний срок дренирования после ТТЭ составил 1,5 суток, после СТ — 2,1 суток. Послеоперационный койко-день составил 6,7 после ТТЭ, после СТ этот показатель равен 10,1. Послеоперационное течение осложнилось в одном случае ТТЭ (2,7%) в виде ухудшения миастенического статуса, который потребовал продленной ИВЛ до 2 суток, что объясняется тяжелым течением миастении у больного (ЗБ). Других осложнений не наблюдали. Послеоперационная летальность отсутствовала. При открытых вмешательствах у 6 (7,7%) из 78 пациентов были осложнения в послеоперационном периоде: миастенический криз — 2, фибрилляция предсердий — 1, пневмоторакс - 1, внутриплевральное кровотечение - 2. Было отмечено 2 (2,6%) летальных исхода. Первый пациент умер от дыхательной недостаточности на фоне ХОБЛ, второй скончался от ТЭЛА. Выводы: Внедрение видеоторакоскопических вмешательств позволяет улучшить непосредственные результаты лечения больных тимомой, ассоциированной с ГМ и без неё. По сравнению с традиционными доступами (стернотомией и торакотомией) они сопровождаются меньшим хирургическим стрессом, способствуют более быстрому восстановлению больных, имея при этом хороший косметический эффект. Наши наблюдения позволяют заключить, что торакоскопическая тимомтимэктомия предпочтительна в лечении опухолей вилочковой железы 1-3а стадии по классификации Masaoka. При определении стороны хирургического доступа необходимо учитывать локализацию опухоли по данным компьютерной томографии.

269.ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПРИ ОСЛОЖНЁННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

Санкт-Петербург

Городской центр инновационных медицинских технологий
Городской больницы Святого Великомученика Георгия

Распространенность дивертикулеза толстой кишки в различных странах достигает 30% от всей популяции. Частота встречаемости дивертикулеза у лиц старше 70 лет достигает 40%. В общей структуре стационарных больных пациенты с дивертикулезом толстой кишки и его осложнениями составляют в среднем 8,4%. Лечение осложненных форм дивертикулярной болезни (острый дивертикулит, перидивертикулярный инфильтрат и абсцесс, кишечное кровотечение, стеноз, перфорация толстой кишки) является до сих пор сложным и до конца не решенным вопросом в абдоминальной хирургии. За период с 2013г. по 2017г. в нашу клинику поступило 56 больных с осложненной формой дивертикулярной болезни. 23 (41%) пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия по причине наличия у них выраженного болевого синдрома, паритонеальной симптоматики, воспалительных изменений в клиническом анализе крови, а так же учитывая данные рентгенологического и ультразвукового исследований. Остальные больные получали консервативную терапию. При выборе тактики оперативного лечения мы пользовались классификацией острого дивертикулита по Hinchey (Hinchey 1 - преколитический инфильтрат или абсцесса. Hinchey 2a и 2b - тазовый, внутрибрюшной и ретроперитонеальный абсцесс. Hinchey 3- генерализованный гнойный перитонит. Hinchey 4 - генерализованный каловый перитонит). В группу больных с Hinchey 1 вошли 15 пациентов (65%). При обзорной лапароскопии у таких больных были выявлены дивертикулы сигмовидной кишки, плотная, инфильтрированная, отечная стенка сигмовидной кишки, налеты фибрина, без четко визуализируемого перфоративного отверстия и наличие тазового серозного перитонита. Всем пациентам этой группы выполнены санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, спазмолитическая, инфузионная, противовоспалительная терапия. Осложнений в данной группе не было. Всем больным рекомендовано плановое оперативное лечение через 6 месяцев. Пять пациентов (21%) были отнесены к группам Hinchey 2a и 2b. У таких больных интраоперационно были выявлены абсцессы разной локализации без прорыва в свободную брюшную полость. Двум больным было выполнено эндовидеохирургическое дренирование полости абсцесса. В послеоперационном периоде больным проводилась антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, инфузионная, спазмолитическая, противовоспалительная терапия. Осложнений в этой группе не выявлено. Пациентам было рекомендовано плановое оперативное лечение. Трём больным после диагностической лапароскопии была выполнена лапаротомия, в виду невозможности полноценной ревизии. Таким больным была выполнена обструктивная резекция пораженного участка толстой кишки по типу Гартмана. К Hinchey 3 и 4 отнесены трое больных (13%), которым после диагностической лапароскопии была сразу выполнена лапаротомия и обструктивная резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана. Лапароскопическая хирургия получает все

большее распространение в диагностике и лечении осложненных форм дивертикулярной болезни. Современная литература указывает, что при осложненных формах дивертикулярной болезни сигмовидной кишки, относящихся к группам Hinchey 1, 2 и даже Hinchey 3 редко возникает необходимость в выполнении открытых вмешательств. В большинстве случаев хирурги могут ограничиться малоинвазивными вмешательствами, включающими в себя лапароскопическую санацию брюшной полости и дренированием абсцесса, при условии, что перфоративное отверстие интраоперационно отчетливо не визуализируется. В послеоперационном периоде обязательным является назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия. В дальнейшем таким больным возможно выполнение лапароскопической резекции кишки в плановом порядке через 6 месяцев, тем самым лечение таких пациентов становится полностью малоинвазивным.

270. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИНИЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Стрижелецкий В.В., Макаров С.А., Амеличев А.А.

Санкт-Петербург

Городской центр инновационных медицинских технологий
Городской больницы Святого Великомученика Георгия

Эффективность хирургического лечения различных заболеваний, в частности паховых грыж, определяется достижением в результате хирургического лечения стойкого, положительного результата, другими словами – отсутствие рецидива заболевания. Однако, в последнее время, наряду с качественным выполнением оперативного пособия, а также использованием современных синтетических материалов, немаловажную роль имеет место и косметический эффект. Прогресс в лапароскопической хирургии дал серьезный импульс для разработки и совершенствования технологий, направленных на меньшую травматизацию тканей при проведении различных операций, одной из таких методик является минилапароскопия. Минимизация травмы передней брюшной стенки, связанной с операционным доступом, обеспечивает незначительные послеоперационные боли либо их полное отсутствие. При этом ультратонкие инструменты обладают повышенной гибкостью, в связи с чем можно рекомендовать их установку не перпендикулярно к передней брюшной стенке, как при стандартных лапароскопических операциях, а под углом, в сторону органа-мишени, т.е. зоны оперативного вмешательства. За трехлетний период в условиях ГЦИМТ (Городской Центр Инновационных Медицинских Технологий) выполнено свыше 717 герниопластик, из них минилапароскопическим способом – 176 (24,5%), традиционным – 119 (16,6%) (пластика по Лихтенштейну), 422 (58,8%) – лапароскопическая протезирующая герниопластика. Учитывая, что проведение минилапароскопической операции связано с применением герниостеплера (11мм), а также необходимостью проведения в брюшную полость полипропиленовой сетки,

нужно использовать один 11мм троакар. Для лапароскопа устанавливается 3 мм троакар в пупочном кольце, рабочий троакар устанавливается в подвздошной области на стороне, противоположной грыже, 2 мм троакар для щипцов устанавливается на стороне грыжи. Первым этапом минилапароскопической герниопластики является раскрой и мобилизация брюшины в области медиальной, латеральной и бедренной ямок, которые в дальнейшем будут закрыты полипропиленовым протезом фирмы Линтекс из поливинилиденфторидных моносшитов размером 12,0x8,0 см. При фиксации протеза могут быть использованы как многоразовые, так и одноразовые степлеры с перезаряжаемыми кассетами. Завершающим этапом операции является перитонизация протеза брюшиной. Это является важным этапом, так как сетчатый протез без покрытия при контакте с кишкой может вызвать кишечную непроходимость. Ушивание ран не является необходимостью, за исключением раны рабочего троакара, где, как правило, накладывается одиночный косметический шов. Таким образом, преимуществами, присущие минилапароскопии, являются в первую очередь отсутствие послеоперационных рубцов, снижение интенсивности болевых ощущений в послеоперационном периоде, значительное снижение частоты инфекционных осложнений, уменьшение сроков госпитализации, трудовой и социальной реабилитации. Это наиболее безопасный хирургический метод с отличным косметическим эффектом для больных. Минимальная травматизация передней брюшной стенки и органов малого таза снижает интраоперационную кровопотерю, длительность операции, формирование спаек и послеоперационных грыж. Для хирурга нет необходимости в изучении новых операционных методов с новым инструментарием и новой операционной техникой.

271.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ: РОЛЬ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ШКАЛ В СЕЛЕКЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Страдымов Е.А.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией, является одной из актуальных проблем хирургии в связи с сохраняющимися высокими показателями летальности и послеоперационных осложнений. Внедрение лапароскопического ушивания перфоративных язв позволило снизить травматичность данной ургентной операции. Многочисленными, в том числе рандомизированными, исследованиями доказана безопасность и эффективность лапароскопических ушиваний, однако, доля этих вмешательств остаётся низкой. Согласно исследованию CIAO частота лапароскопического ушивания перфоративной язвы составляет 11,5%. Имеющиеся прогностические шкалы позволяют стратифицировать пациентов для безопасного выполнения лапароскопического вмешательства. Неоднозначной и крайне дискуссионной является проблема

лапароскопического ушивания у пациентов с распространенными формами перитонита. Данная работа представляет опыт хирургического лечения перфоративных язв гастродуоденальной зоны при распространенных формах перитонита на базах кафедры факультетской хирургии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Материалы и методы: На базах кафедры факультетской хирургии № 1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (ГКБ № 1 и ГКБ № 4) за 2014 - 2016 гг. по поводу перфоративных гастродуоденальных язв прооперировано 172 пациента. Согласно рутинной практике клиники при отсутствии абсолютных противопоказаний к пневмоперитонеуму операция была начата с лапароскопии (152 больных). Лапароскопическое ушивание перфоративных язв гастродуоденальной зоны было успешно выполнено 127 пациентам (73,8%). Конверсия потребовалась в 25 случаях (14,5%). Среди оперированных было 124 (72,1%) мужчин и 48 (27,9%) женщин в возрасте от 17 до 94 лет. Перфоративная язва гастродуоденальной зоны с распространенным перитонитом выявлена у 158 пациентов (перфорация язвы желудка у 59 (37,3%), двенадцатиперстной кишки – у 99 (62,7%) больных). Средний возраст больных составил 51,5 лет (от 17 до 94 лет). Лапароскопическое ушивание в условиях распространенного перитонита выполнено 114 (72,2%) больным, из них у 81 (71%) пациентов имел место диффузный перитонит, у 33 (29%) – разлитой перитонит. Срок заболевания в этой группе пациентов составил от 2 до 26 часов. Диаметр перфоративного отверстия, ушитого лапароскопически при диффузном перитоните, составил от 3 до 15 мм (в среднем 4,6 мм), при разлитом - от 3 до 12 мм (в среднем – 4,8 мм). Анализ конверсий показал, что наиболее частыми причинами перехода на лапаротомию являются: большой диаметр перфорации - от 12 до 30 мм (9 случаев), разлитой характер перитонита (8 случаев), интраоперационная нестабильность гемодинамики, потребовавшая введения вазопрессоров (4 случая), прорезывание швов (2 случая). Другие причины были связаны с трудностью визуализации, пенетрацией в малый сальник, с сопутствующим язвенным кровотечением, пилородуоденальным стенозом, каллезным характером язвы, которые совместно встречались у одного больного. У 67 пациентов с диффузным перитонитом и у 25 пациентов с разлитым перитонитом индекс Воеу был равен 0. У 12 больных с диффузным перитонитом и у 7 пациентов с разлитым перитонитом индекс Воеу был равен 1. Результаты: Частота осложнений у 92 пациентов с Воеу 0 составила 5,4%, летальных исходов в этой группе пациентов не отмечено. Частота осложнений при Воеу 1 - 26,3%, в этой группе пациентов отмечено 2 летальных исхода. Процент лапароскопического ушивания при Воеу 0 составил 78,6%, при Воеу 1 - 64,5%. Заключение: Шкала Воеу позволяет стратифицировать пациентов в группу безопасного выполнения лапароскопического ушивания. Лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, осложненной распространенным перитонитом сопоставимо по эффективности и безопасности с открытым вмешательством при шкале Воеу 0 баллов.

272. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ АНАСТОМОЗОВ НИКЕЛИД-ТИТАНОВЫМИ КОЛЬЦАМИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Дибиров М.Д., Исаев А.И., Фомин В.С., Чупалов М.О.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение. По данным литературы описано более 500 различных способов кишечного шва, хотя абсолютной надежности мануально-сформированного анастомоза не удалось достичь ни экспериментально, ни на практике. Как альтернативу можно рассмотреть аппаратные методики формирования соустьев, что, однако, ведет к увеличению стоимости операции, и, как следствие, экономической неоправданности таких пособий в условиях оплаты ОМС при urgentных вмешательствах на фоне распространенного перитонита. Цель. Апробация и внедрение компрессионного анастомоза с использованием никелид-титановых колец (НТК) с памятью формы при резекционных вмешательствах у пациентов с распространенными формами перитонита. Материал и методы. За период 2011-2016гг анализированы 76 операций с межкишечными анастомозами НТК (имплантат Гюнтера-Зиганьшина) в условиях распространенного перитонита. Во всех случаях использована унифицированная техника формирования соустьев путем наложения импланта в виде «канцелярской скрепки». Характер операций: n=5 - резекция ранее сформированного гастроэнтероанастомоза при его несостоятельности; n=36 - резекция участка тонкой кишки с межкишечным соустьем; n=35 - илеотрансверзо- или колоколостомия. Половой деморфизм: преобладание лиц мужского пола (соотношение 4:1), пожилой и старческого возраст отмечен в 55% наблюдений. Исходная тяжесть состояния по APACHE-II: 16-20 баллов у 37 (49%), 21-25 у 30 (39%) и более 26 баллов у 9 (12%) больных. Полиорганная недостаточность (ПОН) - у 21% пациентов. Прокальцитонинный тест был выше 10 у 35% пациентов в течение 1-х суток. Результаты. Длительность энтероэнтеростомии НТК - $M_{cp} 2,6 \pm 0,98$ мин; согласно learning curve с 8,5 мин при первых операциях до 1 мин. 27 сек при операциях damage control. Завершение операций: раздельная назогастральная, -еюнальная интубация и дренирование брюшной полости. При планировании релапаромии «по программе» формировалась лапаростома с последующей санацией в сроки до 48 часов. У 55% больных выполнялись программированные санации кратностью от 3 до 5 раз, $M_{cp} 3,23 \pm 0,79$. Ре-лапаротомии «по требованию» - у 16 (21%) пациентов. Оценка адекватности выполненных компрессионных соустьев проводилась клинически, по характеру экссудата по страховочным дренажам, а также визуально при ре-операциях. В первые 3-5 суток проведена рентгенография брюшной полости с визуализацией НТК. Несостоятельность анастомоза - у 2 (2,6%) пациентов; причина несостоятельности видится нам в излишней мобилизации культи с развитием ишемии/некроза (оба случая несостоятельности пришлось на этап освоения метода – первые 20 вмешательств согласно learning curve). Отмечено 11 летальных исходов (14,5%): 9(12%) больных имели тяжесть перитонита и органной дисфункции по APACHE-II более 20 баллов. Непосредственными причинами летальных исходов у 7 (9,2%) пациентов явилась прогрессирующая ПОН, у 2-их - явления вялотекущего перитонита (при состоятельности сформированного соустья), в 2-х двух случаях острый инфаркт миокарда. Макро- и микроскопический анализ выполненных соустьев с помощью НТК при исследовании секционного материала: визуально дефектов не

обнаружено, герметизм; микроскопически - нейтрофильная лейкоцитарная инфильтрация, увеличение фибробластов и фиброцитов, как свидетельство активации регенераторных процессов. Сроки отторжения импланта составили $7,8 \pm 1,4$ сут, при этом НТК выводились физиологически самостоятельно. Заключение. Применение НТК для формирования соустьей на фоне распространенного перитонита позволяет снизить риск развития несостоятельности менее 3% и ускорить время операции, что у пациентов с прогностически неблагоприятным исходом по шкале APACHE-II позволяет уменьшать интраоперационную агрессию и улучшать результаты лечения.

273.К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г., Демко А.Е., Зайцев М.Г., Секеев А.Н.

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

До настоящего времени проблема лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений сохраняет свою актуальность. Общая летальность остается на протяжении ряда лет постоянной и составляет 5-14 %, а послеоперационная - 5,7-35,2%. Одним из актуальных вопросов данной патологии является проблема прогнозирования рецидива кровотечения. Нами проведен анализ хирургического лечения 260 пациентов с кровотечениями из язв желудка, проходивших лечение в НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе в 2013-15 году. Среди поступивших пациентов данной группы соотношение мужчин и женщин составило 7:6. Средний возраст больных - 64,2 года. По данным анамнеза, наблюдения в до- и послеоперационном периодах рецидив язвенного кровотечения имел место в 33 случаях у 26 (10%) больных. В стационар с состоявшимся рецидивом кровотечения поступили 17 пациентов (6,5%). Всем больным выполнялась фиброгастродуоденоскопия в течение 2-х часов с момента поступления. В кардиальном отделе желудка локализовались 54 язвенных дефекта (20,8%), в теле желудка – 153 (58,8%), в антральном отделе – 53 (20,4%). С эндоскопической картиной продолжающегося кровотечения (Forrest Ia,b) поступали 65 пациентов (25%), признаки неустойчивого гемостаза (Forrest IIa,b) визуализировались у 71 (27,3%), признаки устойчивого гемостаза (Forrest IIc,III) выявлены у 124 (47,7%). Следует отметить, что у 54,2% больных язвенный дефект имел размеры более 1см, в 20,8% случаев более 2см. Рецидив язвенного кровотечения возник у 24,4% больных с первично тяжелой кровопотерей, при средней и легкой степени тяжести кровопотери рецидив возник в 4,5% и 5,3% соответственно. Наиболее часто рецидив кровотечения возникал при локализации язвенного дефекта в теле желудка на малой кривизне (22,5%) и на задней стенке (12,9%). После эндоскопической остановки продолжающегося кровотечения при первичной ФГДС кровотечение

возобновилось у 12,5% пациентов, в случаях эндоскопической визуализации неустойчивого гемостаза (Forrest IIa,b) рецидив кровотечения возник у 5,6% больных, при устойчивом в 3,2% случаев. При язвенном дефекте более 2см в диаметре рецидив кровотечения имел место у 13,7% пациентов, при диаметре 1-2см в 8,3%, менее 1см в 10,3% случаев. При эндоскопически описываемой глубине язвы более 0,5см кровотечение возобновилось в 22,2% случаев, при более плоских язвах в 8,4%. Операционная активность у больных с кровотечениями с язв желудка составила 11,5% (30 пациентов). Показаниями к неотложной операции в 36,7% случаев явились рецидивы кровотечения в стационаре, в 30% - эндоскопически подтвержденное продолжающееся кровотечение при безуспешных попытках эндоскопического гемостаза, в остальных случаях оперативное вмешательство выполнено при высоком риске рецидива кровотечения в отсроченном порядке. Более чем в ? случаев (76,7%), в связи с тяжестью состояния пациентов, выполнены паллиативные операции, летальность при которых составила 13%. Послеоперационная летальность составила 10%. Выводы. К значимым клинико-эндоскопическим факторам прогноза рецидива кровотечения из язв желудка следует отнести тяжелую кровопотерю, локализацию язвенного дефекта на задней стенке и малой кривизне тела желудка, эндоскопически остановленное язвенное кровотечение при первичной ФГДС, размер язвенного дефекта 2 и более см и глубину язвы более 0,5 см. Выполнение отсроченных радикальных хирургических вмешательств вне рецидива язвенного кровотечения может способствовать улучшению результатов лечения данной группы больных.

274. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Аралова М.В.(1), Глухов А.А.(2), Коротких Н.Н.(1), Алимкина Ю.Н. (2)

Воронеж

- 1) БУЗ ВО "Воронежская областная клиническая больница №1"
- 2) ФГБОУ "Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко"

Лечение трофических язв нижних конечностей на фоне хронической венозной недостаточности является сложной медицинской проблемой. Цель исследования: оценить эффективность применения в местном лечении венозных трофических язв тромбоцитарного концентрата, полученного из донорской плазмы. Исследование включало 51 больного варикозной болезнью нижних конечностей с 6-й стадией ХВН, в соответствии с клинической частью международной классификации СЕАР. Всем пациентам проведено ультразвуковое исследование вен нижних конечностей, подтверждающее ХВН. Среди пациентов были 44 женщины (86%) и 7 мужчин (14%) в возрасте 36-79 лет. Средний возраст пациентов – $63,2 \pm 15,4$ года. Срок существования трофических язв - $5,1 \pm 1,4$ лет (от 4 мес до 8 лет). Промежуток времени, на протяжении которого язва не закрылась ни разу составил в среднем $1,7 \pm 0,36$ года. Средняя площадь трофических язв $15,6 \pm 3,2$ см². Клиническое обследование показало,

что у всех пациентов рана соответствовала 2 фазе хронического раневого процесса: раневое отделяемое скудное, на дне ран имелись вялые единичные грануляции, участки покрытые фибрином, краевая эпителизация не выражена. При бактериологическом мониторинге высевались преимущественно *S. aureus*, *S. Epidermidis*, *E. coli* с бактериальной обсемененностью не выше 10³ КОЕ/г. Цитологическое исследование соответствовало воспалительному типу цитограмм. У всех пациентов до начала исследования и в динамике определяли величину язвенного дефекта с помощью векторно-растрового редактора Spotlight Pro 10 (разработчик CSoft), оценивали состояние кожи вокруг язвы, проводили бактериологическое и цитологическое исследования. Результаты местного лечения оценивали через 10 дней. При регистрации, обработке и анализе цифрового материала использовали пакет прикладных компьютерных программ MS Excel 11.8169.82173TM SP3 (Microsoft Company) и MS Word для Windows, Statistic. Результаты. Через 10 дней 43 (84%) пациента отметили уменьшение болей, тяжести в ногах, отечности, болезненных ощущений со стороны ран, реже стали беспокоить судороги в икроножных мышцах. Мацерация кожи вокруг трофической язвы отмечена у 5 (9,8%) пациентов. У 41 (80%) пациента появились яркие сочные грануляции, выполняющие практически всё дно, сформировался выраженный валик краевой эпителизации, площадь трофических язв в среднем по группе уменьшилась на 4,3 см² ($p < 0,05$) за счет краевой эпителизации. У 10 (19,6%) пациентов существенной динамики в площади и состоянии ран не отмечено, грануляции вялые, эпителизация проходит медленно. Микробиологический мониторинг выявил полную бактериальную элиминацию у 44 (86%) пациентов, у 7 (14%) в ране обнаружены условно-патогенные штаммы, бактериальная обсемененность которыми не превышала 10²-10³ микробных клеток. Цитологическое исследование выявило регенераторный тип цитограммы у 41 (80%) пациента, в 10 (20%) случаях – воспалительный. Выводы. Стимулирующее влияние обогащенной тромбоцитами донорской плазмы в региональном лечении трофических язв голени венозной этиологии подтверждается появлением признаков регенерации у 80% пациентов, при этом отмечается положительная динамика субъективных ощущений пациентов. Применение обогащенной тромбоцитами донорской плазмы позволяет приблизить проведение аутодермопластики, сократить сроки лечения, улучшить качество жизни больных и снизить стоимость лечения. Исследование выполнено в рамках гранта президента Российской Федерации.

275. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТАПП ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Щепкин С.П. Чугуевский В.М. Грясов В.И

Ессентуки

Ессентукская центральная городская больница

В лечение паховых грыж продолжается активное внедрение ряда новых оперативных вмешательств. Окончательно нерешенным остается вопрос выбора метода герниопластики и использование различных аллотрасплантантов в зависимости от стадии заболевания. Цель работы: провести сравнительную оценку результатов применения ТАПП герниопластики с пластикой по Лихтенштейну при лечении паховых грыж. Материалы и методы: оценены результаты оперативного вмешательства у 150 пациентов которым выполнена ТАПП (тотальная преперитонеальная герниопластика)(1 группа) и 150 герниопластик по методу Лихтенштейна (2 группа). Оценка размеров грыжевого выпячивания проводилась по классификации Nyhus (1993). У всех пациентов при ТАПП использовали эндопротезы 3D 11x16 см без дополнительной фиксации, при пластике по Лихтенштейну «Эсфил». Характер выраженности болевого синдрома оценивали по вербальной шкале от 0 до 10 баллов (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990). В послеоперационном периоде учитывали частоту гнойно-септических осложнений, сером, рецидивов. Сроки наблюдения от 2 месяцев до 2 лет. Результаты и обсуждение: в первой группе косая паховой грыжа (II типа) выявлена у 89 (51,3%), (III B) – 19 (12,6 %), прямая паховая грыжа (IIIA) - 42 (28%). Двусторонняя паховая грыжа была у 12 (8%). Во второй группе косая паховая грыжа (II типа) у 65(43,3%), прямая паховая грыжа (IIIA) - 47 (31,3%), (IIIB) - 32 (21,3%) двусторонняя паховая грыжа — 6 (4%). Все пациенты 1 группы характеризовали болевой синдром от 0-2 баллов. Отек и гематома мошонки наблюдались у 18 (12% - все эти лица имели IIIA и IIIB тип грыжи. Серомы семенного канатика выявлены в 9 случаях, у 7 (4,6%) потребовали пункционного лечения. Во второй группе болевой синдром оценивался от 2-4 баллов. Выраженный отек и гематома мошонки наблюдались у 27 (18%), гнойно-септические осложнения у 5 (3,3%), серомы в ране у 18 (12%). Рецидивов заболевания в указанные сроки не отмечено. В большинстве случаев пациенты первой группы отмечают полное восстановление к 18-22 суткам, во второй 26-28 суткам. Заключение: полученные результаты свидетельствуют, что наибольшие преимущества ТАПП имеет в группе пациентов с грыжами (II - IIIA типа), у них отмечается наименьшее число осложнений. Субъективная оценка степени выраженности болевого синдрома в существенной степени зависит от возраста, этнической принадлежности, индивидуальных особенностей личности пациента. Применение ТАПП позволяет сократить сроки стационарного лечения до 3 суток и уменьшить время общей нетрудоспособности. Различия в течение послеоперационного периода наиболее выражены среди пациентов 1 и 2 группы с двусторонними грыжами. Таким образом можно считать ТАПП методом выбора у пациентов с двусторонними, II-IIIА типами грыжи.

**276. СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА
ПРИ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

Тарасенко С.В., Песков О.Д., Натальский А.А., Кадыкова О.А.

Рязань

РязГМУ им. И.П. Павлова

Заболеваемость хроническим панкреатитом за последние десятилетия увеличилась более чем в 2 раза. Ранние стадии ХП поддаются консервативному лечению, более 50% больных нуждаются в хирургическом лечении. На реконструктивном этапе панкреатодуоденальной резекции встает необходимость формирования панкреатоэнтероанастомоза. Однако, несмотря на существующее множество способов формирования панкреатоэнтероанастомоза, остается высокой частота послеоперационных осложнений, которые являются основной причиной летальных исходов в послеоперационном периоде. Среди наиболее грозных послеоперационных осложнений наиболее частыми являются: послеоперационный панкреатит, несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза (ПЭА). Совершенствование методики панкреатоэнтеростомии является на сегодняшний день одной из актуальных проблем хирургии панкреатодуоденальной зоны. Материалы и методы: Нами была предложена модификация методики панкреатикоеюноанастомоза с наложением П-образного шва на главный панкреатический проток. Данная методика опробирована на базе Центра хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей г. Рязани у 52 больных с хроническим панкреатитом, которым производилась резекция головки поджелудочной железы с наложением панкреатикоеюноанастомоза с применением предложенной методики. Результаты: У 12 больных развился послеоперационный панкреатит, который был купирован применением консервативной терапии. Клиника несостоятельности отмечалась у 4 больных, и так же не потребовала оперативного вмешательства. Летальных случаев в группе не отмечено. Выводы: Таким образом, предложенный способ формирования панкреатоэнтероанастомоза при оперативных вмешательствах на поджелудочной железе позволяет решить несколько задач: обеспечить создание герметичного анастомоза, уменьшить траватизацию паренхимы железы, тем самым снизить риск развития послеоперационных осложнений, и улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом.

277. ТРОМБЭКТОМИЯ ИЗ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ С ПЕРЕВЯЗКОЙ ГОНАДНЫХ ВЕН В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Дубровский А.В., Панин А.В., Шмушкович Т.Б., Панина Н.Г., Альбицкая Е.В.

Москва

Клинический госпиталь Лапино, кафедра хирургии МГУ им. Ломоносова

Проблема профилактики и лечения острых венозных тромбозов (ОВТ) и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у беременных и женщин в раннем послеродовом периоде на протяжении многих лет сохраняет свою актуальность. ТЭЛА является одной из наиболее частых причин материнской смертности в развитых странах. Источником развития ТЭЛА является тромбоз вен нижних конечностей и тромбофлебит гонадных вен с переходом в нижнюю полую вену и флотирующей верхушкой. Диагностика тромба нижней полую вены исходящего из правой гонадной вены не всегда возможна. Данное осложнение встречается у 0,05-0,18% обследованных беременных женщин и пациенток в раннем послеродовом периоде. При этом в 80-90% наблюдений тромботический процесс локализуется в правой яичниковой вене, в 5% - в левой и в 10-15% тромбированными оказываются оба сосуда. Возможными осложнениями тромбоза яичниковых вен являются: распространение тромботического процесса в нижнюю полую или почечную вены, ТЭЛА, сепсис. Частота возникновения ТЭЛА в раннем послеродовом периоде составляет 13,2%, смертность достигает 4%. В последнее время предложено множество методов лечения, но, очевидно, хирургическое удаление гонадной вены приведет к исключению ретромбоза. Флотация тромба из гонадной вены в НПВ – является абсолютным показанием к хирургическому вмешательству. В клиническом госпитале «Лапино» оперированы 24 пациентки в раннем послеродовом периоде с тромбозами гонадных вен с переходом и флотацией в НПВ в инфра и супраренальном отделах. Во всех случаях заболевание было диагностировано при помощи УЗАС. Длина флотирующей части составляла от 4 до 12 см., диаметр от 4 мм. До 20 мм. В большинстве случаев тромбофлебит гонадных вен возникал при выраженном варикозном расширении правой гонадной вены. Учитывая эмбологенный характер тромбов, пациенткам были выполнены операции тромбэктомии из НПВ с кроссэктомией гонадной вены. В качестве доступа использовался трансректальный мини-лапаротомный доступ. Гонадная вена мобилизовалась и бралась на турникет. Производилась флеботомия с временным перекрытием инфраренального отдела НПВ. В результате повышения давления флотирующий участок из НПВ эвакуировался. Размер тромба, наличие верхушки и интенсивный ретроградный кровоток служил показателем эффективности тромбэктомии. В дальнейшем гонадная вена отсекалась от НПВ, устье ее ушивалось, дистальный отдел лигировался. Во всех случаях ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Признаков ТЭЛА отмечено не было. Проводилась консервативная терапия с ультразвуковым контролем на 4-5 сутки. Во всех случаях в просвете нижней полую вены тромбов обнаружено не было. Пациентки выписывались на амбулаторное наблюдение на 5-6 сутки после оперативного вмешательства. Контрольный осмотр и УЗАС проводились через 5-6 недель. По данным обследования повторных тромбозов не было. Послеоперационный период без осложнений.

278.УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЗОВ ГОНАДНЫХ ВЕН В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Панина Н.Г., Альбицкая Е.В., Панин А.В., Дубровский А.В., Велиев Н.А.

Москва

Клинический госпиталь Лапино, кафедра хирургии МГУ им. Ломоносова

За последние десятилетия отмечается прогрессивный рост частоты тромботических поражений системы нижней полой вены. Это связано с многими причинами, среди которых увеличение продолжительности жизни, наследственные и приобретенные нарушения системы гемостаза, рост онкологических заболеваний, повышенный травматизм, бесконтрольный прием гормональных препаратов (например оральных контрацептивов). Беременность и роды также относятся к числу существенных факторов риска по развитию острых венозных тромбозов. Частота тромботических осложнений составляет 1-2 на 1000 родов. Увеличение числа женщин в позднем репродуктивном возрасте, с сопутствующей соматической патологией, увеличение числа повторных родов и оперативного родоразрешения определили тенденцию последних лет к увеличению частоты тромботических поражений. В связи с риском развития тромбоэмболии легочной артерии одним из наиболее актуальных вопросов является своевременная диагностика острых венозных тромбозов системы нижней полой вены у беременных в раннем послеродовом периоде. Применение инвазивных методов исследования венозного русла, в частности, ангиографии во время беременности нежелательно из-за повреждающего воздействия на плод рентгеновского излучения. В связи с этим нами была разработана и введена в практику методика ультразвукового ангиосканирования системы нижней полой вены у беременных. Использование ультразвуковых аппаратов с высокой разрешающей способностью последнего поколения позволило точно определить уровень и характер тромботического поражения, выбрать оптимальную тактику лечения с целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии и полностью отказаться от проведения рентгеноконтрастных методов исследования венозной системы для определения оптимальной лечебной тактики. Были обследованы 6800 беременных женщин в раннем послеродовом периоде. Всем пациентам было проведено ультразвуковое триплексное ангиосканирование венозного сосудистого русла системы нижней полой вены. Из них у 29 были выявлены признаки острого венозного тромбоза различной локализации. У 28 пациентов диагностирован флотирующий тромб в нижней полой вене. В 1м случае из 20 тромб локализовался в притоке большой подкожной вены и носил окклюзивный характер. Анализ полученных данных показал, что в 60 % (25 пациенток) тромбоз диагностирован в первые 3-5 суток послеродового периода и во всех случаях локализовался в правой гонадной вене с распространением флотирующей верхушки на инфраренальный отдел нижней полой вены. 27 пациентам с флотирующим тромбозом нижней полой вены с целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии была выполнена тромбэктомия из нижней полой вены, отсечение и перевязка правой гонадной вены из минидоступа. Двум пациенткам проведена эндоваскулярная катетерная тромбэктомия с последующей установкой съемного кава-фильтра. Тромбоз вен нижних конечностей и обусловленная им тромбоэмболия легочной артерии, летальность от которой достигает 30% , представляет огромную проблему современного акушерства. Известно, что

венозный тромбоз при беременности развивается в 5-6 раз чаще, чем у небеременных аналогичного возраста. При этом венозные осложнения возникают в 10-15 раз чаще при оперативном родоразрешении. Таким образом, благодаря внедрению методов ультразвукового ангиосканирования и применению высокоточных ультразвуковых сканнеров, стала возможной своевременная диагностика тромботического поражения венозной системы без использования рентгеноконтрастных методов исследования. Полученные данные позволили выбрать оптимальную тактику лечения и предотвратить развитие тромбоэмболии легочной артерии, являющейся одной из наиболее частых причин материнской смертности.

279.ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Фролов А.П. (1,2), Рудых К.Ю. (2), Лиханов А.А. (2)

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет (1)

Иркутская городская клиническая больница №1 (2)

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

признаков острой кишечной непроходимости и свободного газа в брюшной полости, в 15 - пневматоз кишечника. У 47 больных нарушений со стороны брюшной полости не выявлено. В 88 наблюдениях ОР брюшной полости не выполнялась. УЗИ полости проводилась больным в 178 наблюдениях. Изменения со стороны брюшной полости выявлены у 100 больных. Из них в 28 наблюдениях выявлена свободная жидкость в брюшной полости, в 15 – признаки острой кишечной непроходимости, в 3 – сочетание гидроперитонеума и признаков острой кишечной непроходимости, в 15 – пневматоз кишечника, в 40 – другая патология брюшной полости не имеющая отношение к ОНМК. У 78 больных – патологии со стороны брюшной полости не выявлено. Ни в одном их наблюдениях УЗИ со стороны мезентеральных сосудов изменений не выявлено. В 78 наблюдениях УЗИ брюшной полости не выполнялось. Для уточнения диагноза проводились дополнительные целенаправленные инструментальные методы исследования: компьютерная томография (КТ) и лапароскопия. КТ брюшной полости выполнялась больным в 29 наблюдениях. Патология органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлена у 26 больных. Из них признаки ОНМК выявлено в 8 наблюдениях, у остальных 18 больных выявлена другая патология. Лапароскопия проводилась больным в 30 наблюдениях. Во всех наблюдениях установлен диагноз ОНМК. Заключение. В ургентной хирургии правильный предварительный диагноз ОНМК устанавливается в 31,7% случаев при наличии классических симптомов заболевания, в остальных случаях устанавливаются диагнозы другой острой хирургической патологии брюшной полости, что требует проведения инструментальных методов исследования. Скрининговые инструментальные исследования: ОР и УЗИ брюшной полости являются малоэффективными методами для постановки диагноза ОНМК. КТ не оправдывает высоких ожиданий в постановки точного диагноза ОНМК. Самым эффективным методом диагностики ОНМК является лапароскопия.

280.АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Морозова А.В., Беленчик Е.А.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Геморрагический васкулит зачастую протекает с явлениями абдоминального синдрома, что может являться причиной диагностических ошибок и не верно выбранной тактики лечения. Материалы и методы. Дизайн исследования представляет собой ретроспективный анализ медицинской документации. Нами проанализировано 38 случаев геморрагического васкулита у детей от 2 до 15 лет. Стратификация по полу: мальчики 44,8%, девочки 55,2%; по возрасту: 2-3 года - 20,6%; 4-7 лет - 34,4%; 8-12 лет - 31%; 13-15 лет - 13,7%. Полученные результаты. Наибольшая заболеваемость васкулитом с явлениями абдоминального синдрома выявлена у детей в возрасте 4-7 лет, с последующим

уменьшением заболеваемости в старших возрастных группах. Среди факторов, спровоцировавших развитие геморрагического васкулита нами выделены: ОРВИ в предыдущие 2 недели, атопический дерматит, аллергия алиментарного и медикаментозного характера, энтеробиоз. Перечисленные факторы подтверждают иммуноаллергическую природу заболевания. Во всех случаях развития геморрагического васкулита отмечалось острое начало заболевания с повышением температуры тела до субфебрильных значений, лейкоцитозом нейтрофильного характера и ускорением СОЭ от 15 до 36 мм/ч. Геморрагические высыпания отмечены в 89,7% случаев, в 79,3% наблюдений присутствовал суставной синдром. Абдоминальный синдром отмечен в 37,8% детей при этом он сочетался в 3 случаях с кожными высыпаниями, в 5 случаях была комбинация боли в животе, кожных геморрагий и суставного синдрома. Абдоминальный синдром при геморрагическом васкулите обусловлен спастическим сокращением кишечника и геморрагиями в стенку кишки, желудка, париетальную и висцеральную брюшину. При развитии изолированного абдоминального синдрома, диагностика геморрагического васкулита затруднена, при этом в большинстве случаев боли в животе расцениваются как симптомы другого заболевания. В связи с нарушением иннервации, обусловленной геморрагиями, не исключается развитие динамической кишечной непроходимости, острое течение данного процесса может привести к диагностическим и тактическим ошибкам. Обсуждение. Абдоминальный синдром не только может симулировать острую хирургическую патологию (острый аппендицит, инвагинацию, перитонит), но и быть причиной ее возникновения. Локальный парез кишечника создает предпосылки для развития инвагинации. Среди наших наблюдений в 4 случаях боли в животе сопровождались рвотой, с примесью крови и черным стулом. В 11 случаях отмечена положительная реакция на скрытую кровь. В 26,7% случаев абдоминальный болевой синдром симулировал катастрофу в животе, что послужило показанием для выполнения 6 диагностических лапароскопий и 2 лапаротомий. Интраоперационно обнаруживались характерные для васкулита изменения на брюшине и кишечнике (отечность стенки, геморрагии в ней), стерильная серозно-геморрагическая жидкость, увеличение брыжеечных лимфатических узлов. В 2 случаях была выполнена «попутная» аппендэктомия. Выводы. Несмотря на сложность в диагностике геморрагического васкулита при отсутствии кожных проявлений, возможно успешное его лечение. Эффективность терапии в значительной степени зависит от своевременной диагностики. При появлении изолированного абдоминального синдрома, высока вероятность развития диагностических ошибок. В сомнительных случаях выполнение диагностической лапароскопии позволяет исключить наличие острой хирургической патологии, а при необходимости становится лечебным вмешательством. Пациенты с геморрагическим васкулитом должны находиться под наблюдением педиатра и хирурга. Рекомендации. Диагностическая лапароскопия при абдоминальном синдроме геморрагического васкулита является оптимальным методом визуализации, позволяющим верифицировать заболевание, исключить наличие острой хирургической патологии, что позволяет рекомендовать данный метод диагностики как арбитражный.

281. НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Кадыров З.А., Алиев З.О., Муродов А.И., Коваленко З.А.

Москва

Кафедра эндоскопической урологии ФПКМР медицинского института РУДН, ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» МР, ГКБ имени С.С. ЮДИНА,

Актуальность: в последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению числа больных, при обследовании которых выявляются одновременно несколько хирургических заболеваний, требующих оперативного вмешательства. Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Материалы и методы: обследовано 104 пациента, с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и органов забрюшинного пространства. Среди пациентов исследуемой группы мужчин было 75 (72,1%), женщин – 29 (27,8%). Средний возраст составил $52,98 \pm 17,65$ год. Достоверных различий по возрасту, полу, ИМТ при сравнении исследуемых групп не выявлено. Все пациенты в зависимости от вида операции были распределены на 3 группы: I группа (основная) – 40 пациентов, которым выполняли лапароскопические симультанные операции (ЛСО); II группа – 24 пациентов, которым выполняли поэтапно лапароскопические операции (ПЛО); III группа – 40 пациентов, которым выполняли симультанные операции традиционным (СТО) доступом. Симультанные операции выполняли при сочетанных заболеваниях печени и почек у 55 (52,8%) пациентов; заболевание предстательной железы и грыжа передней брюшной стенки у 26 (25%) пациентов; на сигмовидной кишке, почке, предстательной железе и др. у 23 (22,1%). Результаты исследования и обсуждение. Средняя продолжительность симультанных операций лапаротомическим доступом была в 1,23 раза меньше чем лапароскопическим. Средняя продолжительность симультанных лапароскопических операций была в 1,47 раза меньше чем при лапароскопических операциях поэтапным методом. Средний объем кровопотери во время симультанных лапароскопических операциях был в 2,2 раза меньше, чем при выполнении этих операций лапароскопическим поэтапным методом, и в 1,19 раза меньше, чем при лапаротомном доступе. Увеличение объема кровопотери у пациентов II группы обусловлено образованием спаек после первого этапа, что затрудняет выполнение этих операций более прецизионной техникой. Гнойно-воспалительных осложнений со стороны операционного доступа было в 3 раза меньше, у пациентов после симультанных лапароскопических операций, чем после симультанных операций, выполненных традиционным доступом. Неспецифических осложнений (заболевание органов дыхания и сердечно-сосудистой системы) было в 2 раза больше у пациентов II группы, чем I и III групп. Особенно часто эти осложнения возникали во время I и II этапа операции, что обусловлено отрицательным влиянием сочетанных патологий на фоне сопутствующих заболеваний. Выводы: полученные результаты показывают, что симультанные лапароскопические операции являются безопасными и эффективными при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

282. FAST TRACK SURGERY ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Муродов А.И., Коваленко З.А., Алиев З.О.

Москва

Кафедра эндоскопической урологии ФПКМР РУДН,
ФГАУ Лечебно-реабилитационный центр» МР

Актуальность: несмотря на то, что количество пациентов с сочетанными заболеваниями требующими хирургическую коррекцию увеличивается, разработка и применение протоколов ускоренного выздоровления при симультанных операциях нет. Цель исследования: оценка результатов применения программы Fast Track Surgery после симультанных лапароскопических операций при сочетании рака почки и хронического калькулезного холецистита. Материалы и методы: в хирургическом и урологическом отделении «Лечебно-реабилитационный центр» МР с мая 2012 года по декабрь 2016 года у 11 пациентов с раком почки и хроническим калькулезным холециститом были выполнены симультанные лапароскопические операции. Возраст пациентов составил от 44 до 66 лет (средний возраст $56,6 \pm 7,6$). Мужчин было 3 (27,27%), женщин – 8 (72,73%). Хронический калькулезный холецистит диагностировали у 10 пациентов и полипоз желчного пузыря у 1, которые сочетались с раком почки (у 3 слева и у 8 справа). Нефрэктомия и холецистэктомия выполнены 8 пациентам и у 3 – резекция почки и холецистэктомия. У 4 пациентов имелись сопутствующие заболевания. Все больные пролечены согласно внутренним протоколам ускоренного выздоровления: в предоперационном периоде – депиляция операционного поля в день операции; прием жидкости (до 150 мл) – вода, сладкий чай – не позднее, чем за 3 часа до операции; профилактика ТЭО, согласно рекомендациям Ассоциации флебологов России; антибиотикопрофилактика (антибиотик цефалоспоринового ряда в суточной дозировке за 30 – 40 мин до разреза в/в); установка мочевого катетера; отсутствие премедикации. Для определения этапности симультанных операций использовали два принципа: асептики и степень сложности операции. Во время операции – проводилась профилактика послеоперационной тошноты и рвоты (ондансетрон); применение опиоидных анальгетиков на этапе вводного наркоза и в начале операции с ингаляционными анестетиками; все места установки троакаров инфильтрируются местным анестетиком длительного действия (Наропин); дренирование не проводится рутинно; кожные раны ушиваются внутрикожно, рассасывающимся материалом – снятие швов не требуется. Повязки не использовались, рана покрывается дермальным клеем; нейтрализация действия миорелаксантов после окончания операции сугаммадексом; экстубация на операционном столе. После операции – через 2 часа после операции пациент вертикализуется, проводится дыхательная гимнастика, начинается прием жидкости; через 3-4 часа после операции разрешен пероральный прием пищи; обезболивание мультимодальное (НПВС, парацетамол 4 г /сут в/в, трамадол в/в), но предпочтение отдается НПВС для перорального использования; на следующий день после операции – контрольное УЗИ брюшной полости для исключения патологических жидкостных скоплений, удаление дренажа; удаление мочевого катетера на 1 сутки; кормление в первые сутки жидкой пищей. Со 2х суток обычная диета; при отсутствии моторики ЖКТ к концу 2 суток – очистительная клизма, физиотерапевтическая стимуляция, жевание жевательной резинки. Результаты: при оценке результатов лечения летальных исходов не было. Конверсий доступа

не было. Средняя продолжительность операции составила $139,9 \pm 38,9$ минут, интраоперационная кровопотеря минимальная (меньше 50мл). Послеоперационные осложнения отмечены у 1 пациента (9,09%): почечная недостаточность (повышение креатинина до 194 мкм/л, тошнота), на фоне проведения инфузионной терапии отмечено снижение креатинина до 110 мкм/л. Средняя продолжительность послеоперационного стационарного лечения 3,9 сут. Повторных госпитализаций в 30-дневный период не было. Заключение. Таким образом, полученные результаты показывают безопасность и эффективность программ ускоренного выздоровления при одновременном выполнении лапароскопической нефрэктомии и холецистэктомии.

283. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ – ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

*Уханов А.П., Захаров Д.В., Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов А.Л.,
Амбарцумян В.М., Шахбутдинов М.Ш.*

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных острым воспалением червеобразного отростка за счет широкого использования лапароскопической аппендэктомии. Материалы и методы: В отделении хирургии городской многопрофильной больницы скорой помощи Великого Новгорода за период с 2007 по июнь 2017 года оперировано 2096 больных острым аппендицитом, из них простая форма воспаления отмечена у 201 (9,6 %), флегмонозный аппендицит у 1345 (64,2 %) и гангренозный аппендицит у 550 (26,2 %) больных. Из общего количества, у 1334 больных (63,6 %) предпринята лапароскопическая аппендэктомия и 762 пациентов (36,4 %) оперированы открытым методом. Следует отметить, что в последние годы отмечена тенденция к значительному расширению показаний к использованию видеолапароскопической технологии в лечении больных острым аппендицитом. Доля лапароскопических вмешательств в первые два года исследования была менее 1/3 оперативных пособий. Внедрение круглосуточного ультразвукового исследования в диагностике острого аппендицита, обязательная эндовидеохирургическая подготовка дежурных врачей и операционного медицинского персонала, более широкое оснащение современной эндовидеоскопической техникой и инструментарием позволили использовать лапароскопическую технологию в любое время суток и у подавляющего числа больных и в течение последних двух лет открытая аппендэктомия использовалась менее чем у 2 % пациентов. Лапароскопическую технологию в настоящее время применяем при четко установленном диагнозе острого аппендицита или веских подозрениях на его наличие, при этом воспаление червеобразного отростка, осложненное периаппендикулярным инфильтратом, абсцессом, диффузным и разлитым

воспалением брюшины не является противопоказанием к использованию малоинвазивных эндовидеохирургических вмешательств. Накопленный опыт позволяет нам успешно оперировать лапароскопическим методом больных с многосуточным аппендицитом (4-8 дней) осложненным формированием периаппендикулярного инфильтрата или абсцесса, а также диффузным и разлитым перитонитом с явлениями динамической кишечной непроходимости. Единственным противопоказанием как к лапароскопической, так и открытой операции считаем наличие плотного пальпируемого многосуточного аппендикулярного инфильтрата. Результаты: Среди 1345 больных, которым предпринята лапароскопическая аппендэктомия, в 38 (2,8 %) случаях осуществлена конверсия на открытый доступ, при этом в течение последних двух лет работы переход к использованию традиционной аппендэктомии осуществлялся в единичных случаях. Осложнения в послеоперационном периоде встретились у 48 больных (3,6 %), в том числе кровотечение в брюшную полость у 2, разлитой перитонит у 3, абсцесс брюшной полости у 26, нагноение троакарных ран – у 10, ранняя спаечная кишечная непроходимость у 7. Среди 38 больных с внутрибрюшными послеоперационными осложнениями у 32 больных их устранение проводилось малоинвазивными методами с использованием релапароскопии или пункции под УЗИ контролем. Выводы: таким образом, широкое использование эндовидеохирургической технологии в лечении больных острым воспалением червеобразного отростка в условиях отделения хирургии городской многопрофильной больницы скорой помощи является велеением времени и показывает, что лапароскопическая аппендэктомия становится золотым стандартом лечения практически всех форм острого аппендицита и открытые вмешательства, при наличии должного оснащения и хорошей подготовки хирургического персонала, должны использоваться в единичных случаях.

284. МАЛООБЪЕМНЫЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫЕ АНЕСТЕЗИИ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Ванданов Б.К., Пантелеймонова З.Г., Мамчич В.Ю., Задикян А.М.

Москва

Отраслевой клинико-диагностический центр «ПАО Газпром»

Цель исследования заключается в клинической оценке различных видов субарахноидальных анестезий (односторонняя спинальная и седельный блок). Материалы и методы. В исследование включено 44 пациента. Распределение по группам: группа 1 СА (n=12) санационная артроскопия под спинальной анестезией, ОСА (n=11) артроскопическая операция с использованием односторонней субарахноидальной блокады; группа 2 СА (n=12) дезартеризация геморроидальных узлов под спинальной анестезией и 2 СБ (n=9) – с применением седельного блока. Результаты и их обсуждение. Время наступления сенсорного блока достоверно не отличалось в исследуемых группах и составило 6±2,3 минуты (p>0,05).

Максимальное распространение сенсорного блока в группах 1 и 2 СА не отличалось между собой и достигало уровней ThIX ($p > 0,05$). У пациентов группы ОСА на оперируемой стороне уровень чувствительного блока распространялся до ThVII, а на противоположной стороне до LIII ($p < 0,01$). В исследуемой группе 2 СБ уровень зоны дифференциальной блокады составил L5–S3. Сравнение по количеству заблокированных сегментов в группах 1, 2 СА (14±2,5 сегментов) и ОСА на оперируемой стороне (15±1,7 сегментов), не выявило достоверности различий ($p > 0,05$), в отличие от интактной стороны пациентов группы ОСА ($p > 0,001$). При сравнении сенсорного блока между группами 2 СА и 2 СБ получены следующие результаты, соответственно 14±2,5 и 6±1,2 дерматомов, с достоверностью различия ($p > 0,001$). При сравнении результатов моторного блока, длительность латентного периода в группах 1, 2 СА и на оперируемой стороне ОСА достоверно не отличалась и составила 7±2,5 минуты, с глубиной моторного блока по шкале Bromage – 3 балла ($p > 0,05$). На не оперируемой нижней конечности пациентов группы ОСА шкала моторного блока составила от 0 до 1 балла, в отличие от больных которым проводился седельный блок (0 баллов по шкале Bromage). По продолжительности моторного блока наименьшее время выявлено у пациентов группы ОСА (на оперированной стороне) в сравнении с группами 1 и 2 СА, хотя достоверности различий не получено ($p > 0,05$). У пациентов с седельным блоком (группа 2 СБ) гемодинамические показатели оставались стабильными. Данное обстоятельство позволяло не увеличивать объема инфузии, а также полностью отказаться от применения симпатомиметиков. В группах (1 и 2 СА) отмечено снижение АДср на 26-37% от исходного значения ($p > 0,05$), что повлекло за собой увеличение объема инфузионной терапии и в 39% случаев применения эфедрина ($p > 0,01$). Большая часть критических инцидентов связанных с гипотонией регистрировалась в группах 1 и 2 СА, что соответствовало 41% и 33% случаев. Во время спинномозговых анестезий в группах 1, 2 СА и ОСА дополнительного применение анальгетиков не потребовалось, в тоже время у одного пациента с седельным блоком назначено однократное введение раствора фентанила 0,05 мг. Во всех исследуемых группах не отмечено эпизодов преходящих неврологических расстройств и постпункционных головных болей. Таким образом, представленные варианты субарахноидальных блокад являются эффективными методами обезболивания. Сохранение двигательной активности в «интактной» ноге при односторонней блокаде и в обеих нижних конечностях при седельном блоке, улучшает положительное психоэмоциональное состояние больных. Выводы. Применение унилатеральной спинальной анестезии для анестезиологического обеспечения санационной артроскопии коленного сустава и седельного блока при дезартеризации геморроидальных узлов позволяет достичь глубокого и эффективного обезболивания пациентов. Для анестезиологического обеспечения у пожилых пациентов предпочтительно использование селективного блока, как метода обеспечивающего стабильную гемодинамику, позволяющего отказаться от дополнительной инфузионной терапии и применения адреномиметиков. Просим включить в доклад: Основные правила анестезиологической безопасности в амбулаторной хирургии. ОКАДЦ ПАО «Газпром» Москва. Ванданов Б.К. , Пантелеймонова З.Г., Задикян А.М.

285.АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПЛАЗМЕННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Лебедев Н.Н., Задикян А.М., Шихметов А.Н., Пазычев А.А., Ванданов Б.К.

Москва

Отраслевой клинико-диагностический центр «ПАО Газпром»

Внедрение стационарозамещающих технологий позволило значительно расширить перечень и объем выполняемых оперативных вмешательств в амбулаторно-поликлинических условиях (в стационарах с краткосрочным пребыванием). Поэтому, актуальность прогнозирования риска развития и профилактики послеоперационных венозных тромбэмболических осложнений (ВТЭО) существенно возросла. Цель исследования заключалась в клинической оценке риска развития ВТЭО, обусловленных изменениями в плазменном звене гемостаза и адекватности проводимых профилактических мероприятий. Система гемостаза является одной из наиболее чувствительных физиологических систем организма. Нарушение ее баланса встречается при самых различных ситуациях (травма, кровопотеря, сепсис, хирургическая операция и др.) и приводит к кровоизлияниям или угрожает тромбозами. Тромбозы - главная причина смертности в различных странах. Рутинно используемые скрининговые тесты оценки отдельных компонентов системы гемостаза часто не отражают реальную клиническую картину. Для оценки системы гемостаза в целом используют интегральные тесты системы гемостаза. Новым глобальным тестом диагностики нарушений системы плазменного гемостаза, выявления рисков кровотечений и тромбообразования является тест тромбодинамики. Материалы и методы: Проведен анализ показателей скрининговых и интегральных (тромбодинамика) тестов плазменного гемостаза у 18 пациентов (n=8 с доброкачественными образованиями придатков, n= 6 с желчнокаменной болезнью и n=4 с паховой грыжей) за период с февраля по июнь 2017г. Средний возраст больных колебался от 28 до 72 лет. В данной группе больных с тяжелой сопутствующей патологией не было. Объем операции - холецистэктомия, цистэктомия и герниопластика. Все операции выполнены с использованием лапароскопической техники. Длительность операции в среднем составила 1 час 10 мин. Оценивали показатели скрининговых и интегральных тестов плазменного гемостаза в динамике - до операции, а также на 1, и 5 сутки после оперативного вмешательства. Установлено, что после оперативных вмешательств с использованием лапароскопической технологии ни один из скрининговых показателей (АЧТВ, протромбиновое время, МНО, тромбиновое время, фибриноген) в процессе исследования достоверно не изменился. В 22% случаев по данным теста тромбодинамики исходно выявлено гиперкоагуляционное состояние, и в 28% после операции на 1-е сутки. Показатели теста тромбодинамики зафиксировали умеренную гиперкоагуляцию за счет укорочения времени задержки начала образования сгустка (Tlag мин) и увеличения скорости роста сгустка (Vмкм/мин). Наличие спонтанных сгустков не было зарегистрировано. Анализ результатов показателей теста тромбодинамики при применении таблетированных прямых антикоагулянтов (эликвис, ксарелто) указывает на недостаточную их эффективность - отсутствие нормализации показателей теста тромбодинамики при исходно гиперкоагуляционном состоянии системы гемостаза на 1-е и 5-е сутки. А при применении НМГ (фраксипарин, клексан) исходно гиперкоагуляционные изменения теста тромбодинамики

нормализовались на 5 сутки. Заключение: сравнительный анализ скрининговых и интегральных тестов оценки системы плазменного звена гемостаза подтверждают высокую чувствительность теста тромбодинамики для оценки риска развития тромбоемболических осложнений, выбора метода профилактики и динамического контроля проводимой профилактической терапии.

286.ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ

Калинин Р.Е. (1), Сучков И.А. (1), Шитов И.И. (2), Мжаванадзе Н.Д. (1,2), Поваров В.О. (1)

Рязань

1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России 2) ГБУ РО ОККД

Актуальность: Количество оперативных вмешательств с использованием сердечно-сосудистых имплантируемых электронных устройств (СИЭУ) – электрокардиостимуляторов (ЭКС), кардиовертеров-дефибрилляторов и устройств для сердечной ресинхронизирующей терапии постоянно возрастает, в наши дни достигая 1.5 миллиона имплантаций в год. Одними из наиболее частых хирургических осложнений данных процедур являются венозные тромбоемболические осложнения (ВТЭО). Согласно мировой литературе нарушение проходимости вен верхних конечностей может выявляться у 7-78 % пациентов, тотальная окклюзия вен у 1-28 %. Тромбоемболия легочной артерии (ТЭЛА) сопровождает 15-50 % всех имплантаций устройств. Актуальность данной проблеме придает тот факт, что ВТЭО в системе верхней полой вены в 97-99 % случаев протекают бессимптомно либо имитируют другие заболевания и состояния. Целью работы является оценка распространенности ВТЭО в системе верхней полой вены после имплантаций ЭКС в отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма и электрокардиостимуляции (ОХЛНРС и ЭКС) ГБУ РО ОККД за период 2013 – 2016 гг. Материалы и методы: в исследование были включены данные 1271 пациента, полученные при анализе медицинских карт и отчетов по оперативным вмешательствам ОХЛНРС и ЭКС ГБУ РО ОККД за 2013 – 2016 гг. Обработка данных производилась путем расчета экстенсивных показателей. Результаты: за период с 2013 г. по 2016 г. произведено 1379 оперативных вмешательств, из них 1046 (75.6 %) первичных имплантаций ЭКС с использованием эндокардиальных электродов, 213 (15.4 %) замены ЭКС, 14 (1 %) удаления системы ЭКС-электроды, 35 (2.5 %) репозиций электродов, 7 (0.5 %) замен ложа ЭКС, 7 (0.5 %) ревизий системы ЭКС-электроды, 19 (1.4 %) замен электродов, 7 (0.5 %) имплантации электрода и 26 (1.9 %) прочих оперативных вмешательств. После имплантации СИЭУ выявлено 5 (0.5 % от всех первичных имплантаций) ВТЭО в системе верхней полой вены. В 3 случаях отмечался тромбоз подключичной вены, потребовавший назначения антикоагулянтной терапии. В 1 случае развился тромбоз головной вены, разрешившийся самостоятельно. В 1

случае наблюдалось сочетание тромбоза подключичной вены и ТЭЛА. Терапия низкомолекулярными гепаринами, антиагрегантами и противовоспалительными препаратами оказалась эффективной. Обсуждение: Общее количество ВТЭО в системе верхней полой вены после имплантации ЭКС в ГБУ РО ОККД составило 0.5 % от всех первичных вмешательств. Стоит заметить, что в работе отражены лишь те случаи ВТЭО, которые сопровождались клинической симптоматикой и были зарегистрированы в ОХЛСНР И ЭКС ГБУ РО ОККД. Похожие результаты описаны Kar A.K. и др. (2000 г.) и Crook B.R. и др. (1977 г.), ВТЭО клинически проявлялись у 0.35 % и 2 % пациентов соответственно. 4 из 5 случаев тромботических осложнений потребовали назначения специфической терапии. Выводы: Распространенность ВТЭО в системе верхней полой вены, сопровождавшихся клинической симптоматикой, у пациентов с СИЭУ в ГБУ РО ОККД за период 2013 – 2016 гг. составила 0.5 % от всех первичных имплантаций. Дальнейшие исследования с целью определения предикторов ВТЭО позволят разработать эффективные методы их профилактики, что снизит необходимость в специфическом лечении.

287.АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Гаджибакаров Ш.М., Исмаилов Б.М., Кураченков Т.И.

Калуга

ГБУЗ Калужская областная клиническая больница скорой медицинской помощи
им. Шевченко К.Н.

Актуальность. Аппендэктомия является одним из наиболее распространенных хирургических вмешательств: 12% мужчин и 23% женщин подвергаются аппендэктомии в течение жизни. Лапароскопия позволяет уточнить диагноз аппендицита в 95-98% случаев и выполнить лапароскопическую аппендэктомию. С 2014 года в КОКБСМП в качестве одного из методов лечения острого аппендицита, наряду с классической открытой аппендэктомией, стала применяться лапароскопическая аппендэктомия. Цель исследования: изучить структуру заболеваемости острым аппендицитом, а также структуру операций у пациентов с острым аппендицитом и их результаты. Материалы и методы. С января 2014 года по декабрь 2016 года в КОКБСМП выполнено 594 аппендэктомии лапароскопическим доступом (244 операции в 2014 году – из 459 аппендэктомий; 350 операций – в 2015 году – из 422, 341 операция – в 2016 году – из 403). В представленной работе проанализированы 935 медицинских карт пациентов с диагнозом острый аппендицит за 2014-2016 гг. Средний возраст оперированных пациентов - 39,2±5,57 лет. Из них в 2014 году мужчин было 126 (51,6%), женщин – 118 (48,4%). В 2015 году – мужчин – 193 (55%), женщин – 157 (45%). В 2016 году – мужчин – 203 (59,5%), женщин – 138 (40,5%). Основная масса пациентов (476 пациентов) госпитализирована в сроки до 24 часов с момента начала заболевания, однако примерно 1/5 больных (118 пациентов)

поступала с большей экспозицией амбулаторного периода. Среднее время операции: $35,0 \pm 10,0$ мин. Средний койко-день в 2014 году составил - 6,4, в 2015 году – 4,5, в 2016 году – 4,7. Выполнение операции проводилось по стандартной 3-х портовой технике. Во всех наблюдениях оптика располагалась параумбиликально. После обнаружения аппендикса брыжейка поэтапно обрабатывалась монополярной коагуляцией. Формирование культи производили лигатурным способом (2014 год – 193 пациентов (79%), 2015 год – 159 (45,4%), 2016 год – 156 (45,8%) и с использованием интракорпорального кисетного шва (2014 год – 51 (21%), 2015 год – 191(54,6%), 2016 год – 185 (54,2%). Извлечение препарата производилось через 10 мм троакар, установленный над лоном. Катаральный аппендицит в 2014 г. выявлен у 4 (1,6%) больных, флегмонозный – у 221 (90,5%), гангренозный (в т.ч. гангренозно-перфоративный) - у 19 (7,9%). В 2015 г. из 350 пациентов после лапароскопической аппендэктомии катаральный аппендицит был выявлен у 4 (1,1%) больных, флегмонозный – у 294 (84%), гангренозный - у 52 (14,9%). Периаппендикулярные инфильтраты обнаружены в 9 случаях, абсцессы – в 2, диффузный гнойный перитонит – у 2 пациентов. Количество катаральных аппендицитов в 2016 г. составило 6 (1,8%), флегмонозный аппендицит выявлен у 313 пациентов (91,8%), гангренозный - у 22 (6,4%). Конверсия выполнена 24 (4%) пациентам. Причиной конверсии в 11 случаях (1,8%) явилось ретроцекальное расположение червеобразного отростка (на этапах освоения методики, молодая бригада хирургов), в 7 случаях (1,1%) – забрюшинное расположение червеобразного отростка, в 4 случаях (0,8%) - перфорация в области основания червеобразного отростка, в 2 случаях (0,4%) – из-за наличия аппендикулярного абсцесса, перитонита. Частота п/о осложнений после ЛА за последние 3 года составляет 1,3% (7 пациентов). Наиболее часто встречаются п/о инфильтраты в области операции. При формировании п/о абсцессов в 0,4% (3 случая) выполнено дренирование под УЗ-навигацией с последующим гладким течением. Раневая инфекция у 4 пациентов (0,67%) явилась следствием троакарного извлечения аппендикса. Повторные оперативные вмешательства потребовались у 3 пациентов (0,2%): в 2 – по поводу ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости, в 1 – при остановившемся внутрибрюшном кровотечении из троакарной раны в раннем послеоперационном периоде. Случаев летального исхода не было. Выводы: результаты проведенного исследования демонстрируют, что лапароскопическая аппендэктомия является эффективным и надежным хирургическим пособием, обладающим всеми достоинствами малоинвазивной хирургии.

288.СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ПРОТОКОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Будзинский С.А.(1,2), Шаповальянц С.Г.(1), Федоров Е.Д.(1,2),

Москва

- 1) ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»,
- 2) Городская клиническая больница №31

В последние годы значительно увеличилось число пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) и его осложнениями, нуждающихся в оперативной коррекции. Все большее место в лечении данной категории больных находят эндоскопические транспапиллярные методики и в первую очередь ретроградное панкреатическое стентирование. Цель исследования: Определить место эндоскопических вмешательств в лечении хронического панкреатита и его осложнений. Материалы и методы: с 1.01.1998 по 1.01.2017 ХП и его протоковые осложнения явились показаниями к эндоскопическим операциям у 133 пациентов. Мужчин было 88 (66.2%), а женщин – 45 (33.8%). Средний возраст составлял 54,4±12,4 года. В группу исследования вошли 65 (48.9%) больных с обструктивным поражением протоковой системы поджелудочной железы (ПЖ), проявлявшемся в наличии стриктур панкреатических протоков (42), вирсунголитиаза (8) или сочетании обоих компонентов (15) и 68 (51.1%) - с нарушением целостности панкреатических протоков, представленных панкреатическими свищами (52) и псевдокистами (ПК) ПЖ (16). У подавляющего числа пациентов (кроме 11 случаев доказанного отсутствия связи панкреатических ПК с протоковой системой ПЖ и 8 – наличия изолированного вирсунголитиаза) после предварительно выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомии и вирсунготомии планировалось панкреатикодуоденальное протезирование (ПДП). В группе пациентов с панкреатическими ПК при отсутствии их связи с панкреатическими протоками старались произвести трансмуральное дренирование ПК через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки, а при сообщении кист с главным панкреатическим протоком (ГПП) – сочетанное транспапиллярное и трансмуральное стентирование. Результаты: Эндоскопическое ПДП было успешно выполнено в 78 наблюдениях (68.4%). При этом стентирование предварялось выполнением баллонной дилатации области сужения панкреатических протоков в 20 (25.6%) случаях, и вирсунголитиекстракцией в 11 (14.1%). Панкреатическое эндопротезирование удалось провести в 40 из 65 (61.5%) наблюдениях окклюзионного поражения ГПП и Сантоиниевого протока, в 34 из 52 (65.4%) случаях с панкреатическими свищами, в 4 из 5 (80%) - при сообщении ГПП с полостью панкреатических ПК (в том числе у 2 пациентов в комбинации с трансмуральным дренированием ПК). Помимо этого в 4 случаях объем вмешательства заключался в проведении изолированной вирсунголитиекстракции, а в 9 из 11 (81.8%) наблюдениях при отсутствии связи ПК с панкреатическими протоками было выполнено их трансмуральное дренирование. При этом, эндоскопическая коррекция у больных с ХП и его протоковыми осложнениями явилась окончательным методом лечения в 75 (56.4%) наблюдениях. В эту группу вошли 30 пациентов с обструктивным поражением панкреатических протоков на разных уровнях, 45 – с нарушением их целостности. В остальных случаях

проведенные эндоскопические ретроградные вмешательства являлись этапом подготовки к выполнению хирургического вмешательства. Осложнения после эндоскопических вмешательств в нашем исследовании встретились в 4 (3%) случаях и были представлены кровотечением (2), ретродуоденальной перфорацией (1) и острым постманипуляционным панкреатитом (1). Все они были излечены консервативным путем. Летальных исходов после эндоскопических вмешательств в нашем наблюдении не было. Заключение: По результатам проведенного нами исследования возможность эндоскопической коррекции таких проявлений ХП, как стриктуры, вирсунголитиаз, свищи и ПК была технически выполнима в 68.4% наблюдений. При этом эндоскопические вмешательства у данной группы больных имеют невысокий уровень осложнений (3%). В то же время эндоскопическая коррекция явилась окончательным методом лечения у 46.1% больных с обструктивным поражением протоковой системы ПЖ и в 66.2% случаев при нарушении целостности панкреатических протоков.

289.АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ

Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Магомедов Н.Н., Магомедов Р.З.

Махачкала

Городская клиническая больница № 1

Актуальность проблемы. Ущемленная грыжа встречается примерно у 10% грыженосителей и находится на 4–5-м месте среди всех больных с острой хирургической патологией, а среди неотложных вмешательств, занимает 3-е место после аппендэктомии и холецистэктомии. Соотношение плановых грыжесечений к операциям, выполняемым при ущемленной грыже в России составляет 10:1. Несмотря на определенные успехи, результаты хирургического лечения больных ущемленными грыжами брюшной стенки не могут считаться удовлетворительными. Так, сохраняются высокие цифры послеоперационных осложнений, достигающие по некоторым публикациям до 50%. Послеоперационная летальность колеблется в пределах 2,6-11,0%. Материал и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 48 больных с ущемленными наружными грыжами различной локализации, находившихся в городской клинической больнице с 2014-по 2016 годы. По полу они распределились следующим образом: мужчин было 16 (33%), женщин- 32 (67%). По возрасту: до 60 лет - 7 (15%), 61-70 лет - 21 (45%) и старше 70 лет - 20 (40%). У 44 (92%) больных были сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые и легочные заболевания). Сроки поступления в стационар от начала заболевания составили: до 4-х часов -22 больных, от 4 до 12 часов- 20 больных и более 12 часов-6 больных. По локализации ущемленных грыж больные распределены следующим образом- ущемленная паховая грыжа -34 больных, бедренная -6 больных, пупочная грыжа-6 больных, п/операционная вентральная ущемленная грыжа 2 больных. Все пациенты с ущемленными грыжами оперированы от 2- до 4х часов после

поступления, в зависимости от тяжести больного, и проведения предоперационной подготовки (консультаций, при необходимости терапевта, кардиолога и др. специалистов). Экстренная операция при ущемленной грыже имеет ряд особенностей и, как правило, выполнялась под местной инфильтрационной анестезией по А.В. Вишневскому. Введение новокаина производили послойно по мере рассечения слоев тканей, что способствовало предупреждению спонтанного вправления грыжи. Перед вскрытием грыжевого мешка производили отграничение его от подлежащих тканей салфетками. Аккуратно вскрывали грыжевой мешок. Ущемленный орган фиксировался с помощью салфеток. После тщательного высушивания грыжевого мешка, рассекалось ущемляющее кольцо, (ущемленный орган удерживается ассистентом). После установления жизнеспособности ущемленного органа переходили на наркоз. При бедренной грыже ущемляющее кольцо рассекалось медиально и вверх от грыжевого мешка! Во избежании повреждения подлежащего органа, рассечение ущемляющего кольца производили на подведенном под него желобоватом зонде или шпателе. Ущемленный орган осторожно освобождали от спаек, выводился наружу и определялась его жизнеспособность. При операциях выявлено, что наиболее часто ущемлялся большой сальник - у 31 больного (65 %), в 17 случаях (35%) - петли тонкой кишки и сальник. Исход операций по поводу ущемленных грыж у больных пожилого и старческого возраста в значительной мере определяется рациональной подготовкой и ведением дооперационного и послеоперационного периода. Результаты. Выполнены следующие виды оперативного лечения-резекция тонкой кишки с наложением анастомоза конец в конец-4 больных, бок в бок 8 больных, в 5 случаях жизнеспособность кишечника была сохранена. Резекция большого сальника выполнена 30 больным. Дефект апоневроза при паховых грыжах в 24 случаях закрывался местными тканями, по Бассини, в 10 случаях- по Лихтенштейну. При бедренных грыжах дефект апоневроза закрывался по Бассини. Операцию при ущемленной пупочной грыже чаще выполнялись по способу Мейо или Сапежко. При ущемлении послеоперационной вентральной грыжи тактика хирурга практически ничем не отличается от таковых при бедренных и паховых грыжах. Операция выполнялась под наркозом. При послеоперационных ущемленных грыжах белой линии живота более оптимальным является способ К.М.Сапежко. Другие пластические операции с использованием сеток и т.д. не применяли. Послеоперационная летальность составила 1(2%) больной.

290.МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ

Петухов А.Б.(1)., Лебедев А.Г. (2), Лященко Ю.Н. (2), Ильинский М.Е. (2).

Москва

1)«ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ, 2) НИИ СП им.Н.В. Склифосовского

Цель – оценить необходимость изучения параметров состава тела и биохимических показателей в процессе проведения контролируемого питания и медикаментозного лечения. Материалы и методы. Обследовано 21 пациент с недостаточностью питания алиментарного генеза (НПА), с индексом массы тела (ИМТ) $16,7 \pm 0,15$ кг/м² и 17 с синдромом короткой тонкой кишки по поводу кишечной непроходимости (СКТК), ИМТ $16,0 \pm 0,5$ кг/м². Пациенты обследованы методами клинической антропометрии и биоимпедансометрии с оценкой динамики состава тела (жировой (ЖМТ) и «тощей» (ТМТ) массы тела), общего объема воды (ООВ), вне- и внутриклеточной (ВВ и КВ), интерстициальной жидкости (ИЖ); Измерение МТ проводилось на рычажных весах ежедневно, с точностью $\pm 0,1$ кг. Величина суточных колебаний МТ и ее направленность были оценены во взаимосвязи с характером активности, калорийностью и пищевой ценностью рациона питания; состояние белкового, жирового, электролитного обмена оценивали по уровню общего белка (ОБ), альбумина (Алб), креатинина (Кр), триглицеридов (ТГ) и кальция (Са) в сыворотке крови. Результаты. В процессе лечения у пациентов СКТК установлено уменьшение ТМТ и ООВ в первые 2 недели на $1,2 \pm 0,3$ кг и 38%, соответственно. В последующие 2 недели при неизменной ТМТ отмечено увеличение ВВ за счет интерстициального сектора на 40%, на фоне значительного увеличения в сыворотке содержания ТГ (с $0,64 \pm 0,21$ ммол/л до $1,85 \pm 0,77$ ммол/л, $p < 0,05$), ОБ ($68,9 \pm 3,2$ до $75,1 \pm 3,1$ г/л, $p < 0,05$) и Кр ($56,04 \pm 8,5$ до $75,12 \pm 15,7$ умол/л, $p < 0,05$) без достоверных изменений уровня Са ($2,23 \pm 0,16$ и $2,17 \pm 0,19$ ммол/л). Редукция МТ у больных, составившая более чем 0.5 кг в сутки указывала на отрицательный энергетический или на нарушение водного баланса, или на их сочетание. У пациентов НПА при увеличении ТМТ на $1,4 \pm 0,2$ кг происходило восстановление уровня ВВ и ООВ в пределах должных значений на четвертой неделе при увеличении содержания ТГ (с $0,36 \pm 0,91$ ммол/л до $0,97 \pm 0,14$ ммол/л, $p < 0,05$), ОБ ($68,9 \pm 3,2$ до $75,1 \pm 3,1$ г/л), Кр ($65,7 \pm 4,4$ до $70,8 \pm 10,7$ умол/л, $p < 0,05$) без достоверных изменений уровня Са ($2,23 \pm 0,13$ и $2,16 \pm 0,18$ ммол/л). Таким образом, в процессе лечения у пациентов с недостаточностью питания установлено уменьшение ТМТ при увеличении ООВ за счет интерстициального сектора внеклеточной жидкости, имеющий корреляцию с развитием катаболизма в мышечной ткани.

291.ОДНОПОРТОВАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ – ВЫБОР ПАЦИЕНТА ИЛИ ХИРУРГА

Можаровский К.В.

Дмитров

ГБУЗ МО "Дмитровская городская больница"

Актуальность проблемы. Острый аппендицит является самой распространенной хирургической патологией на долю, которой приходится от 20 до 50 % ургентных госпитализаций. Современный этап развития хирургической науки характеризуется приоритетом лапароскопических технологий в решении традиционных хирургических задач. Однако арсенал лапароскопических вмешательств не однороден, а спектр операций при остром аппендиците уже не ограничивается «традиционной» многопортовой лапароскопической аппендэктомией. И в этой связи имеется необходимость в проведении сравнительного анализа применяемых хирургических вмешательств в контексте выбора показаний к их применению, их эффективности, безопасности и воспроизводимости в хирургических стационарах. Цель исследования. Анализ эффективности и безопасности различных способов аппендэктомий. Материал и методы. Материал исследования составили результаты лечения 151 больного с острым аппендицитом, находившемся хирургическом отделении Дмитровской городской больницы с января по июнь 2017 года. Все пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили – 38 пациентов, которым была выполнена многопортовая лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), вторую – 15 пациентов, которым выполнена аппендэктомия из однопортового доступа (SILS), и третью – 98 пациентов, с традиционной открытой аппендэктомией (ОА). Всем больным на догоспитальном этапе были выполнены общеклинические анализы, биохимический анализ крови, ЭКГ, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, по показаниям для обследования привлекались врачи смежных специальностей. Результаты и обсуждение. При выполнении многопортовой лапароскопической аппендэктомии конверсия выполнена у 2 пациентов, при SILS аппендэктомии – у 1 причем конверсия осуществлена в 3-портовую ЛА. При выполнении открытой аппендэктомии, необходимость расширения доступа потребовалась в 4 случаях, так же в 4 случаях потребовалось выполнение лапаротомии. Интраоперационные осложнения возникли у 1 пациента в процессе выполнения многопортовой аппендэктомии, так же как и при выполнении SILS аппендэктомии. При выполнении традиционной аппендэктомии возникло 2 интраоперационных осложнения. Послеоперационные осложнения возникли у 1(2,6%) пациента в группе многопортовой аппендэктомии. В группе с SILS аппендэктомией послеоперационных осложнений не отмечено. В группе традиционной аппендэктомии отмечено 9 (9,2%) послеоперационных осложнений. SILS аппендэктомия наиболее продолжительна по времени, 45 минут против 37 минут при многопортовой ЛА, и 39 минут – традиционной аппендэктомии. Сроки госпитализации оказались одинаковыми у пациентов перенесших многопортовую лапароскопическую аппендэктомию и SILS аппендэктомию, у пациентов перенесших традиционную аппендэктомию сроки госпитализации оказались более продолжительными 7 койко-дней, против 4. Сроки общей нетрудоспособности были наименьшими при SILS аппендэктомии, 18 дней против 21 дня при многопортовой ЛА, и 41 дня при традиционной аппендэктомии. Выводы. Таким образом лапароскопические технологии в лечении пациентов с острым аппендицитом позволяют добиться снижения количества

послеоперационных осложнений, снизить сроки пребывания в стационаре и время общей нетрудоспособности, демонстрируя более высокую эффективность в сравнении с традиционной аппендэктомией при сопоставимых результатах безопасности. Однопортовая и многопортовая лапароскопическая аппендэктомия не имеют статистически значимых различий по критериям эффективности и безопасности.

292. КАКИЕ ВЕТВИ СОСУДИСТОГО РУСЛА МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБТУРИРУЮТСЯ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Пронин А.Г.

Москва

Московский медицинский университет «Реавиз»

Цель: Оценить распространенность поражения тромботическими массами ветвей легочных артерий. Методы и методы: Был оценен объем поражения легочного русла у больных с тромбоэмболией легочной артерии у 87 пациентов, находящихся на стационарном лечении. Мужчин было 41, женщин – 46. Возраст больных колебался от 23 до 88 лет, средний возраст – $56,0 \pm 14,7$ лет. Уровень проксимальной окклюзии был следующим: главные легочные артерии – 9,2%, долевыми – 48,3%, сегментарные артерии – 42,5%. Всем больным выполняли общеклинические и биохимические исследования крови, Д-димер, ЭхоКГ, УЗДГ вен нижних конечностей, КТ ангиография легочной артерии. Результаты: Установлено, что у 70,1% больных имелись тромботические массы в бассейнах обеих главных легочных артерий. У остальных были изолированное поражение в бассейне только правой или левой главной легочной артерии, 18,4% и 11,5% пациентов соответственно. При оценке распространенности наличия тромботических масс в долевыми артериях установлено, что у 1,6% пациентов была окклюзирована правая верхнедолевая артерия, правая нижнедолевая – у 6,3%, левая верхнедолевая – у 1,6%, левая нижнедолевая – у 6,3%. Правая среднедолевая артерия изолирована не была поражена ни у одного из пациентов. Частота наличия тромбов в долевыми артериях при их сочетанном поражении была следующей: правые верхнедолевая – 41,4% пациентов, среднедолевая – 36,8%, нижнедолевая – 80,5%; левые верхнедолевая – 42,5%, нижнедолевая – 72,4%. Наиболее часто отмечалось сочетание поражения правой и левой нижнедолевых артерий – у 24,1% пациентов. Выводы: У больных ТЭЛА наиболее часто тромботические массы визуализируются при КТ ангиопульмонографии в нижнедолевых артериях справа и слева как изолированно, так и в сочетании с поражением артерий в бассейнах других легочных артерий.

293.ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОБЩЕМ ЖЕЛЧНОМ ПРОТОКЕ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ХОЛАНГИТОМ

*Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов А.Л.,
Амбарцумян В.М., Шахбурдинов М.Ш., Черных С.А.*

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ «Центральная городская клиническая больница»

За период с 2007 по 2017 годы оперировано 2175 больных острым холециститом в возрасте от 18 лет до 100 лет, среди них лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 1875 (86,2 %). Сочетание острого холецистита с подозрением на конкременты или наличием камней во внепеченочных желчных протоках выявлено у 224 (10,3 %) больных. В течение последних трех лет, при подозрении на холедохолитиаз или явных признаках холедохолитиаза и холангита у 42 больных мы использовали лапароскопический метод хирургического вмешательства на общем желчном протоке. После проведения интраоперационной холангиографии и визуализации камней в общем желчном протоке у 36 больных выполнена лапароскопическая холедохотомия с последующей ревизией и литэкстракцией из желчных путей под контролем холедохоскопа. Показаниями к лапароскопическому вскрытию гепатикохоледоха и его ревизии явились расширение общего желчного протока более 8 мм и наличие конкрементов более 6 мм. Лапароэндоскопические вмешательства на общем желчном протоке удалось успешно выполнить у 30 больных (83,3 %) и операция была завершена дренированием общего желчного протока по Керу. У 6 больных вследствие технических трудностей, обусловленных вклиниванием камней в терминальном отделе общего желчного протока и невозможностью лапароэндоскопической литэкстракции произведен переход на открытые вмешательства на гепатикохоледохе. У 6 больных (16,7 %) при выявлении мелких камней в гепатикохоледохе (1-3 мм) и диаметре его менее 8 мм выполнено лапароскопическое дренирование общего желчного протока по Холстеду-Пиковскому. В последующем у больных выполнена эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия с хорошим результатом. У всех больных лапароскопические вмешательства на гепатикохоледохе завершены удалением желчного пузыря. Послеоперационные осложнения в виде желчеистечения выявлены у 7 больных (16,7 %), в трех случаях они прекратились самостоятельно через 5-6 дней, у 3 больных осуществлена релапароскопия, дополнительное наложение швов на холедохотомическое отверстие. У одной больной, оперированной по поводу синдром Мириззи, гнойного холангита возникла перфорация толстой кишки, рецидивирующее толстокишечное кровотечение. Во время первой операции выявлен рубцово-сморщенный желчный пузырь с формированием воспалительного инфильтрата в подпеченочном пространстве. С техническими трудностями выделен общий желчный проток, произведена холедохоскопия, удален конкремент из гепатикохоледоха, затем выполнена холецистэктомия. На вторые сутки после операции отмечено отделяемое по дренажу с признаками кишечного содержимого. В связи с отсутствием признаков разлитого перитонита проводилось консервативное лечение. На 8-е сутки возникло рецидивирующее толстокишечное кровотечение, что потребовало выполнения лапаротомии, правосторонней гемиколэктомии с последующим выздоровлением больной. Летальный исход отмечен в одном случае (2,4 %). У больной 92 лет, в связи с наличием неудаляемого, вклиненного в большом дуоденальном

сосочке конкремента был осуществлен переход на открытый доступ и наложен холедеходуоденоанастомоз. Смерть наступила от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Таким образом, наш небольшой опыт лапароэндоскопических вмешательств на общем желчном протоке у больных с холедохолитиазом и холангитом показывает их хорошую выполнимость и нуждается в дальнейшем использовании с четкой отработкой показаний и противопоказаний и совершенствованием лапароэндоскопической техники литэкстракции.

294. ВТОРИЧНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ, КАК ПРИЧИНА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ.

Кочуков В.П., Платонов А.Ю., Бунин И.В., Будзинский С.А.

Москва

ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

Эхинококкоз внепеченочных желчных путей, при котором паразитарные кисты локализуются в просвете гепатикохоледоха встречается редко. При первичном эхинококкозе, встречающемся всего в 0,13-0,48% случаев, кисты развиваются в стенке протоков из онкосфер, проникших туда с током крови. При вторичном эхинококкозе паразит попадает в желчные пути из печени, в результате вскрытия паразитарных кист в желчные протоки. Поступление содержимого кисты в желчные протоки может привести к закупорке последних, что в свою очередь сопровождается развитием обтурационной желтухи и септического холангита. Это обуславливает высокую летальность (25-47%) и частые послеоперационные осложнения - желчные и гнойные свищи, перитонит, сердечно-сосудистую недостаточность, пневмонию. Улучшение результатов операций возможно только при своевременных вмешательствах. На наш взгляд представляет определенный клинический интерес наблюдение вторичного эхинококкоза внепеченочных желчных путей с развитием механической желтухи и холангита у пациентки 45 лет. Приводим наблюдение: пациентка И.45 лет поступила в экстренном порядке: 19.6.2017 Из анамнеза, считает себя больной в течение 2-х недель, когда после погрешностей в диете появились сильные боли в эпигастрии и правом подреберье, тошнота, рвота, С появлением болевого синдрома отметила появление желтушности склер. В анамнезе дважды оперирована по поводу эхинококкоза правой доли печени(1997 и 2000гг) Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и склеры иктеричны. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс 68 уд/мин удовлетворительных качеств, АД 130\80 мм.рт.ст.. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье, желчный пузырь не пальпируется, симптом Ортнера отрицательный. В правом подреберье и по средней линии послеоперационные рубцы без признаков воспаления. Стул самостоятельный накануне без патологических примесей. Симптом поколачивания

отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. МСКТ органов брюшной полости: Печень увеличена в размерах: вертикальный размер правой доли печени – 216мм, продольный размер левой доли – 112мм. В S7 печени определяется округлой формы многокамерное кистозное образование с наличием множественных перегородок и наличием мягкотканого компонента в центральных отделах, общими размерами до 73x82x77мм. По периферии к данному образованию прилежат две частично кальцинированные структуры, размерами 10x16мм и 17x41мм. Накопления контрастного препарата описанными образованиями не выявлено. Определяется расширение протоков отдельных сегментарных до 4 мм, правого (до 12мм) и левого (до 13мм) печеночного, общего печеночного до 21мм. Ворота дифференцируются. Желчный пузырь увеличен в размерах 35x46x100 мм, с ровными контурами, с перегибом в области шейки. Стенки не утолщены. Рентгенконтрастных конкрементов в проекции желчного пузыря и холедоха не выявлено. Холедох расширен до 22мм. Поджелудочная железа компактного строения, с четкими очертаниями, обычной формы и размеров. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена. Контур ровный. Структура однородная. Надпочечники с ровными контурами. Размеры не увеличены. Форма и структура не изменены. Окружающая клетчатка дифференцируется. Почки типично расположены, нормальных размеров. Паренхима почек нормальной толщины, распределена равномерно. Паренхима левой почки однородная. В верхнем сегменте правой почки визуализируется образование, с четкими ровными контурами, размерами 6x5мм, не накапливающая контрастный препарат ни в одну фазу контрастирования. ЧЛС не расширены, рентгеноконтрастных конкрементов не содержат. Ворота почек свободные, сосудистые ножки дифференцированы. Почечные сосуды нормального калибра на всем протяжении. С учетом клинико-лабораторных данных и данным МСКТ органов брюшной полости, больной выполнено ЭРХПГ,ЭПСТ . Эндоскоп проведен в пищевод, затем в желудок и ДПК. Эндоскопическая картина желудка и ДПК без особенностей. БДС локализован по медиальной стенке вертикального отдела ДПК шаровидной формы. Из того устья в просвет ДПК выступает желтоватые ткани линейной структуры и мягкой консистенции. Продольная складка выражена на протяжении 16 мм, до 1 поперечной не доходит 2 мм. Выполнена селективная катетеризация холедоха по струне. Выполнено контрастирование билиарного тракта, типичная ЭПСТ длиной до 15 мм, на 3 мм не доходя до 1 поперечной складки. Кровотечения не было. Устье холедоха открылось до 6 мм. с активным поступлением желчи. После этого из просвета дистальных отделов холедоха извлечено объемное образование кистозной структуры мягкой консистенции размерами до 25x10x7 мм. При ревизии холедоха корзинкой Дормиа других патологических включений не выявлено. При этом во время санации холедоха отмечено отхождение обильного количества зеленоватого застойного содержимого с минимальным количеством гноя. При выполнении контрольной холангиографии данных за патологические включения в холедохе нет. Эвакуация контрастного вещества в течении 3 мин полностью. Удаленный объект захвачен корзинкой Дормиа и извлечено наружу для гистологического исследования. Заключение:Инородное тело холедоха (вскрывшаяся эхинококковая киста) - причина дистального блока билиарного тракта, билиарной гипертензии острой неполной механической желтухи. Адекватное дренирование желчного дерева посредством ЭПСТ и удаления инородного тела холедоха. Биопсийное исследование №14438 от 23.06.2017 Микроописание Фиброзная гиалинизированная капсула, содержащая хитин (окраска по Шиффу). Заключение :Эхинококковая киста. При контрольном исследовании и при сравнении с КТ-данными предыдущего исследования от 21.06.2017

отмечается следующее. Ширина внутривенных желчных протоков уменьшилась: левого долевого – с 11 до 4 мм, правого долевого – с 8,8 мм до 7,5 мм. Сохраняется минимальное расширение правых долевых сегментарных внутривенных желчных протоков около 2 мм; расширение сегментарных протоков слева разрешилось. Ширина холедоха уменьшилась с 21,5 мм до 8,5 мм, стенки его утолщены, инфильтрованы, накапливают контрастный препарат. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Эхинококковая киста в S7 печени. При сравнении с исследованием от 21.06.2017 – значительное уменьшение явлений биллиарной гипертензии. Количественное увеличение парааортальных лимфозлов и лимфоузлов в воротах печени. Единичная киста правой почки. На фоне проводимого лечения болевой синдром полностью купирован, желтуха регрессировала. В удовлетворительном состоянии выписана домой с рекомендацией консультации паразитолога. Заключение: Развитие у больной обтурационной желтухи и гнойного холангита было обусловлено вероятней всего миграцией эхинококковой кисты из печени. Своевременное эндоскопическое разрешение механической желтухи и удаление кисты привело к разрешению гнойного холангита и желтухи.

295.К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Мжаванадзе Н.Д., Деев Р.В., Крылов А.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность работы обусловлена распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний, занимающих первое место в мире среди причин летальных исходов и сахарного диабета, так же являющегося одним из лидирующих заболеваний по распространенности и динамике роста. Как диабет, так и атеросклеротическое поражение периферических артерий являются двумя заболеваниями, имеющими негативно потенцирующий эффект в отношении тяжести прогрессирования ишемии и прогноза сохранности конечности, а методы лечения пациентов с данной патологией весьма ограничены. Материалы и методы: в исследование были включены данные 177 пациентов. Средний возраст больных составил 65,5 лет. В рамках клинического наблюдения было сформировано 4 группы, различающихся по тактике ведения пациентов. Пациентам I группы (N-107) была проведена прямая реваскуляризация конечности, в III группе (N-15) в дополнении к хирургическому лечению выполнялась геннотерапевтическая индукция ангиогенеза введением VEGF-165 в мышечный массив голени на 7 и 21 сутки после операции. Пациенты II (N-40) и IV (N-15) группы имели неудовлетворительное для реконструкции периферическое русло (7-10 баллов по классификации Рутерфорда). В связи с чем, во II группе проводился курс консервативной терапии согласно Национальным рекомендациям по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей, а пациентам IV группы в составе комплексной терапии

добавлялся генномодифицированный индуктор ангиогенеза. Пациенты во всех 4 группах были сопоставимы по полу, возрасту и наличию сопутствующей патологии. Первичными точками эффективности были приняты: динамика заживления некрозов, ампутация нижней конечности, выживаемость пациентов после ампутации и компенсация кровообращения. Результаты: динамика показателей кровообращения оценивалась по контрольным точкам через 6 месяцев и 1 год наблюдения. Через 6 месяцев наилучшие показатели сохранности конечности были в III группе (13% ампутации), в I и IV группе 28% и 20% пациентов соответственно перенесли ампутации. Утрата конечности во II группе составила 35%. Через один год наблюдения тенденция сохранилась: в III группе у 20% пациентов была выполнена ампутация, в I и IV группах у 37% и 27% соответственно. Худший показатель был зафиксирован во второй группе – 60% ампутаций за год. Показатели выживаемости после ампутации через 6 месяцев наблюдения были наихудшими в I группе, что было связано с многократными повторными операциями вследствие ретромбоза, и тяжестью перенесенных операций (8,4% против 5% во второй группе), в группах генных индукций летальных исходов не было. Однако через 1 год наблюдения процент умерших пациентов во второй группе превысил данный показатель среди всех остальных групп (15% - II группа, 13,5% - III группа, 12% - I группа). Так же стоит обратить внимание на показатели вторичной эффективности, которые были наилучшими в III группе на протяжении всего года наблюдения (66,7% заживления некрозов и 53,3% полной компенсации кровообращения). В IV группе компенсации кровообращения удалось достичь лишь в 40% случаев, а 33% пациентов имели критическую ишемию. Полученные результаты демонстрируют, что пациенты с критической ишемией должны обследоваться на предмет возможности выполнения прямой реваскуляризации, однако, учитывая специфический характер течения атеросклероза при сахарном диабете, процент первично неоперабельных пациентов увеличивается в разы, а консервативная терапия дает неутешительные результаты. Включение терапевтического ангиогенеза позволяет улучшить прогноз течения заболевания в отдаленном периоде. Выводы: эффективным методом лечения пациентов с данной коморбидной патологией является сочетание оперативного лечения с дополнением его введением VEGF-165. Генная терапия помогает улучшить прогноз течения заболеваемости как в комбинации с оперативным лечением, так и в составе комплексной терапии, но результаты лечения в данных группах уступают комбинированному подходу.

296.МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Беляев А.Н., Костин С.В., Беляев С.А., Брындин С.В

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева

Актуальность. Высокая летальность при механической желтухе обусловлена, в основном, развитием острой печеночной недостаточности вследствие повреждения гепатоцитов желчестазом и продуктами эндотоксикоза. Результаты хирургического лечения механической желтухи во многом зависят от развития необратимых изменений печени. Поэтому важны сведения о сроках формирования органических изменений печени, во многом определяющих развитие послеоперационной острой печеночной недостаточности и прогноз заболевания. Цель. Оценить в эксперименте морфофункциональные изменения печени в динамике развития обтурационного холестаза. Материалы и методы. На 10 наркотизированных (тиопентал-натрия 6,5 мг/кг внутривенно) собаках моделировалась механическая желтуха путем интраоперационного наложения лигатурной петли-удавки на общий желчный проток. Животных наблюдали в течение 15 суток. На 3, 15 сутки определяли общий билирубин и фракции, активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ) проводили гистологическое исследование печени ($\times 200, 400$). Результаты. К 3 суткам обтурации холедоха общий билирубин возрос с 7,08 до 288,3 мкмоль/л, (АлАТ) - с 0,18 до 4,19 ммоль*ч/л, АсАТ – с 0,2 до 2,18 ммоль*ч/л. Возрастание в плазме аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, и общего билирубина свидетельствовало о массивном цитолитическом синдроме. При световой микроскопии печени на третьи сутки обтурационного холестаза наблюдался выраженный желчный стаз. Междольковые желчные протоки были расширены с набухшим эпителием, в их просвете определялись желчные тромбы. Междольковые вены были расширены, полнокровны с массивными периваскулярными кровоизлияниями. На 15 сутки концентрация общего билирубина возрастала до $330,0 \pm 9,0$ мкмоль/л, АсАТ - до $2,45 \pm 0,11$, АлАТ – до $4,38 \pm 0,16$ ммоль*ч/л. К этому времени продолжало нарастать число дистрофических изменений в печени, что проявлялось нарушением балочного строения печени, деструкцией гепатоцитов и разрастанием соединительной ткани. Выводы. Морфологические нарушения печени выявляются с первых суток обтурационного холестаза. К 3 суткам они носят обратимый характер (отек стромы, желчестаз). К 15 суткам морфологические изменения принимают необратимый характер (нарушение балочного строения стромы, деструкция гепатоцитов, разрастание соединительной ткани). Биохимические нарушения с возрастанием концентрации билирубина, аминотрансфераз при механической желтухе обусловлены ранним массивным цитолизом гепатоцитов.

297.СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Белик Б.М. (1), Мареев Д.В. (2), Ефанов С.Ю. (1), Суярко В.А. (1,2), Маслов А.И. (1)

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. В патогенезе тяжелых форм абдоминальной хирургической инфекции (АХИ) одним из ключевых факторов прогрессирования течения заболевания и развития фатальных осложнений является синдром энтеральной недостаточности (СЭН). При этом кишечник становится основным источником интоксикации и главным пусковым механизмом развития абдоминального сепсиса (АС), септического шока и полиорганной недостаточности. Цель работы: оценить роль и клиническую значимость комплексной коррекции СЭН в лечении больных с АС. Материал и методы. Основную исследуемую группу составили 387 пациентов с тяжелыми формами АХИ: 202 больных – с распространенным гнойным перитонитом (РГП) и 185 - с острой кишечной непроходимостью (ОКН), у которых имелись признаки АС. Диагностика АС, помимо критериев ACCP/SCCM, дополнялась двумя важными условиями: наличием у больных признаков стойкого СЭН и функциональной недостаточности не менее двух органов (систем) экстраабдоминальной локализации. С целью дифференциальной диагностики, для исключения диагноза «сепсис» использовали прокальцитонинный тест (иммунолюминиметрический метод). У всех пациентов во время операции выполняли ликвидацию источника перитонита и/или устранение ОКН, санацию брюшной полости, назоинтестинальную интубацию тонкой кишки (НИИТК) и трансумбиликальную катетеризацию воротной вены. В раннем послеоперационном периоде осуществляли длительное дренирование тонкой кишки в сочетании с методами энтеральной детоксикации (кишечный лаваж, энтеросорбция), а также проводили комплексную интенсивную терапию, включая продленную эпидуральную блокаду и внутривенную инфузионную терапию (ВПИТ) с применением озононасыщенных растворов (1-2-е сутки – озонированный раствор перфторана, 3-5-е сутки – озонированный изотонический раствор хлорида натрия). Кроме того, на фоне стандартной интенсивной терапии проводили медикаментозную стимуляцию кишечной перистальтики препаратом динатон (серотонина адипинат) (внутривенно капельно до 40-60 мг/сутки). Программа исследований включала: оценку тяжести состояния пациентов по шкале APACHE II и выраженности лабораторных показателей эндотоксикоза, измерение внутрибрюшного давления (ВБД) непрямым методом (I.Kr?n и соавт., 1984), определение в сыворотке крови концентрации серотонина (высокоэффективная жидкостная хроматография) и микробных маркеров (хромато масс-спектрометрия), бактериологические исследования портальной и системной венозной крови. Группу сравнения составили 226 пациентов (119 больных - с РГП и 107 – с ОКН), сопоставимых по тяжести клинического течения АХИ с пациентами основной группы. У данных больных в отличие от пациентов основной группы в раннем послеоперационном периоде не проводилась комплексная коррекция СЭН или она осуществлялась в недостаточном объеме. Сопоставлены результаты хирургического лечения в обеих группах больных. Результаты и обсуждение. У пациентов основной группы в 1-е сутки после операции в условиях стойкого пареза кишечника и эндотоксикоза исходная тяжесть

состояния по шкале APACHE II составила $18,7 \pm 2,4$ баллов. При этом у больных в сыворотке крови концентрация прокальцитонина (ПКТ) достигала $6,9 \pm 0,1$ нг/мл, а уровень эндотоксина более чем втрое превышал нормальные значения ($1,71 \pm 0,22$ наномоль/мл). У 69,8% пациентов выявлялась портальная бактериемия и у 38,5% - системная бактериемия. Также у больных отмечались внутрибрюшная гипертензия (ВБГ) с повышением ВБД до $18,8 \pm 1,6$ мм рт. ст. и снижение уровня серотонина в крови в 2,6 раза по сравнению с нормальными значениями. Применение комплекса методов энтеральной детоксикации в сочетании с ВПИТ и целенаправленной внутривенной инфузией динатона (серотонина адипината) в 95,5% наблюдений способствовало раннему восстановлению моторной активности кишечника и ликвидации клинических признаков СЭН к концу 3-х - началу 4-х суток после операции. При этом у пациентов частота выявления портальной бактериемии снижалась с 69,8% до 21,6%, системной бактериемии – с 38,5% до 8,1%. На 5-е сутки после операции наличие микрофлоры в портальной крови отмечено лишь в 4,8% случаях при отсутствии микроорганизмов в системном кровотоке. У пациентов основной группы в эти сроки также отмечался отчетливый регресс ВБГ и эндотоксикоза: ВБД снижалось на 39,8%, уменьшались концентрация среднемолекулярных пептидов в плазме крови – в 2,1 раза и лейкоцитарный индекс интоксикации в 2,9 раза по сравнению с исходными величинами. Также у больных наблюдалось повышение в сыворотке крови уровня серотонина в 3,6 раза по сравнению с исходным показателем, что свидетельствовало о восстановлении секреторной активности энтерохромаффинных клеток тонкой кишки и ликвидации серотониновой недостаточности. При этом тяжесть состояния больных по шкале APACHE II снижалась до $9,8 \pm 0,2$ баллов, концентрация ПКТ в крови - до $1,2 \pm 0,2$ нг/мл, а уровень эндотоксина – до $0,35 \pm 0,12$ наномоль/мл. Сравнительный анализ результатов лечения в обеих группах больных показал, что применение комплексной коррекции СЭН у пациентов с тяжелыми формами АХИ позволяет снизить послеоперационную летальность с 24,7% (группа сравнения) до 18,9% (основная группа). Выводы. Применение комплексной коррекции СЭН (НИИТК, энтеральные методы детоксикации, ВПИТ в сочетании с медикаментозной стимуляцией кишечной перистальтики посредством инфузии динатона) у пациентов с АС способствует раннему восстановлению моторной активности кишечника, ликвидации бактериемии и токсинемии, устранению ВБГ и быстрому регрессу эндотоксикоза, что позволяет снизить послеоперационную летальность у больных с тяжелыми формами АХИ на 5,8%.

298. СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА С НАРУШЕНИЕМ КАРКАСНОСТИ ГРУДИ С ПОЗИЦИЙ DAMAGE CONTROL

Познанский С.В.

Иваново

ИвГМА

Высокоэнергетическая травма с флотирующими переломами ребер наряду с чрезвычайными дыхательными нарушениями отличается высокой шокогенностью, сопровождаясь летальностью в 40-45% случаев. Временным решением является искусственная вентиляция легких, которая при пролонгировании сопровождается тяжелыми вентиляторассоциированными осложнениями и требует трахеостомии на 3-5 сутки. Необходимость окончательного устранения продолжающейся патологической импульсации и одновременного восстановления дыхания делает торакальных хирургов неотъемлемым элементом оказания помощи. Однако, открытые высокотравматичные способы остеосинтеза реберных клапанов не соответствуют принципам контроля повреждений, общепринятым при крупной шокогенной травме. Таким образом, следует уделять особое внимание мультидисциплинарной преемственности с активным использованием минимально инвазивных оперативных методик. Проведен ориентировочный сравнительный анализ лечения 42 пострадавших с сочетанными флотирующими переломами ребер, поступивших в Региональный травмоцентр I уровня на базе Ивановской областной клинической больницы. Среди пациентов было 36 мужчин и 6 женщин в возрасте от 23 до 67 лет (средний возраст $49,6 \pm 12,5$ года). Большинство доставлено с мест ДТП (31), остальные получили травму при падении с высоты (5), сдавлении (3), насильственных действиях (2), атаке животного (1). Стандартное лабораторно-инструментальное обследование дополнялось по показаниям УЗИ плевральных и брюшной полостей, FAST-УЗИ, МСКТ, лапароскопией. В результате черепно-мозговая травма выявлена в 92% наблюдениях, позвоночно-спинальная травма – в 23%, травма живота – в 57%, травма почек – в 9%, перелом костей таза – в 29%, травма конечностей – в 65%. Количество и локализацию переломов ребер определяли при мультиспиральной КТ грудной клетки с многоплоскостным костным моделированием. Первоначально отслежены результаты использования традиционных методик лечения нестабильной грудной клетки у 20 пострадавших. Применяли продленную ИВЛ либо открытые способы остеосинтеза реберного клапана пластинами, проволочным швом, спицами. У остальных 22 больных использовался этапный подход. В качестве первой степени применялась «внутренняя пневмошина» при помощи ИВЛ с ПДКВ (в том числе высокочастотной ИВЛ), параллельно проводилось устранение гемодинамических расстройств, восполнение кровопотери и лечение других повреждений. При МСКТ генерировалось изображение многоплоскостной реконструкции (MPR) и объемной поверхностной реконструкция (SSD), проводилась предоперационная навигация. По стабилизации состояния через 2-3 суток под контролем видеоторакографии производилась окончательная минимально инвазивная фиксация отломков спицами по методике НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. В ходе видеоревизии уточняли локализацию переломов, а так же устраняли внутривидеальные осложнения, которые определялись во всех случаях (свернувшийся гемоторакс, бронхиальный свищ, фиброторакс и др.). В дальнейшем под отломками и стабильными отрезками накладывали перикостальные

лигатуры при помощи специального стилета-проводника. Затем над поврежденным ребром вдоль флотирующего сегмента субфасциально проводилась и закреплялась спица. Спицы удалялись под местной анестезией через 28-60 дней. Полноценное устранение флотации и шокогенной импульсации при двухступенчатом подходе позволили сократить сроки нахождения в реанимационном отделении в 1,1 раза ($p < 0,05$). Длительность ИВЛ снизилась в 2,3 раза, составив $3,1 \pm 3,3$ суток ($p < 0,05$), что позволило избежать трахеостомии в 89,5% ($p < 0,05$). Снижение сроков стационарного лечения при этом было недостоверным ($p > 0,05$), что в основном связано с необходимостью лечения экстрагепатических повреждений у всех пациентов. Использованная этапная тактика позволила снизить количество общих осложнений в 2 раза ($p < 0,05$), избежать вентиляторассоциированных осложнений и сократить летальность на 74,5% ($p < 0,05$). Минимально инвазивная фиксация переломов наряду с ИВЛ является прежде всего противошоковым мероприятием, и кроме того полноценным методом окончательного остеосинтеза. Произведенная в сроки не позднее 3 суток после первоначальной ИВЛ, фиксация при помощи видеоторакокопии позволяет одновременно устранить различные внутривисцеральные повреждения, а так же избежать трахеостомии и вентиляторассоциированных осложнений. Благодаря малотравматичности и этапности разработанная тактика является оптимальной с позиций damage control для пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

299. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Балалыкин А.С.(1), Курдо С.А.(2), Барбадо Мамедова П. А.(1),
Гвоздик В. В.(2), Шпак Е.Г.(2), Архипкин А. К.(2)*

1)Наро-Фоминск, 2)Реутов

Наро-Фоминская РБ№1, ЦГКБ г. Реутов

Актуальность. Холедохолитиаз (ХЛ), сопровождаемый механической желтухой и холангитом, остается серьезной проблемой хирургии, определяя сложность и неадекватность операций. Несмотря на эффективность интраоперационных методов исследования (холангиография, холеохоскопия, эндоУЗИ), они мало используются на практике, особенно в условиях городских и районных больниц. Хирурги ограничены во времени при проведении операции, несмотря на достижения современной анестезиологии и методом выбора скорейшего ее завершения является наружного дренирования желчных протоков (НДЖП). Несмотря на успехи чреспапиллярной эндохирургии (ЧПЭХ), до 20% пациентов подвергаются традиционной холедохолитотомии (ХЛТ). За многолетнюю историю предложены разные методы НДЖП и предпринимались многочисленные попытки усовершенствования собственно дренажных трубок, но лишиться метод недостатков не удалось, и их коррекция является сферой деятельности эндоскопистов. Целью исследования являются

предварительный анализ негативных сторон НДЖП и место ЧПЭХ в решении этой проблемы. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 1911 больных с ЖКБ с целью изучения частоты и вида НДЖП и 38 больных с НДЖП с целью изучения проблем НДЖП, включая больных из других лечебных учреждений. Операция лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена у 1659 (89.5%), завершившаяся у 8 (2.5%) НДЖП (6 через культю пузырного протока (КПП) и 2 Т-образных); традиционная холецистэктомия – у 195 (10.5%) больных с 27 (13.9%) НДЖП (12 через КПП и 15 Т-образным дренажом). Оперировано 57 больных «постхолецистэктомическим синдромом» с холедохолитиазом, 17 из них (29.8%) выполнена традиционная холедохолитотомия с 3 Т-образными дренажами и 40 (70.2%) проведены чреспапиллярные операции (ЧПО). Итак, в эндоскопической хирургии частота операций НДЖП реже (2.5% против 13.9%) чем в традиционной и используется чаще дренирование через КПП. В этом, во-первых, заслуга ЧПЭХ, как первого этапа лечения больных с сочетанными поражениями, во-вторых, слабость лапароскопической хирургии из-за неподготовленности хирургов. Обсуждение. Проблемами НДЖП являются: 1. Недостаточная объективность и обоснованность проведения операций НДЖП; 2. Ошибки названия, выбора и обработки дренажей; 3. Методические и технические ошибки проведения НДЖП; 4. Нарушение принципов послеоперационного ведения больных с НДЖП; 5. Осложнения НДЖП и их лечение. Наблюдали 38 больных с НДЖП у 35 из которых отмечено 52 различных неудач, ошибок и осложнений, что позволило нам, включая анализ литературы, выделить проблемы и их решения. Недостаточная объективность и обоснованность показаний к проведению НДЖП включает: - недостатки диагностики; - субъективизм хирурга, недостаток опыта, малая информативность обследования; - малая информативность применяемых интраоперационных методов обследования; - недостаточный опыт хирурга и помощников; - неадекватная санация желчных протоков. При анализе литературных данных можно обнаружить различные мнения, в одном из встреченных исследований, НДЖП выполнялось «при его умеренном расширении (до 8-10 мм), предположении о наличии стенозирующего папиллита, конкрементов в ОЖП, явлениях острого или хронического панкреатита». И это в НИИ, где, видимо, тоже имеются ограничения в интраоперационном обследовании, а что имеет место в городских и районных больницах? Хорошо, что есть НДЖП. Недостатки НДЖП после ХЛТ определяли мечту хирургов о необходимости дооперационной санации желчных протоков. Это выразилось в двухэтапной тактике лечения холелитиаза с внедрением в клинику эндоскопической папиллотомии (ЭПТ), литотрипсии и др., которые были встречены хирургами негативно, но спустя десятилетия, постепенно внедрены в практику городских и районных больниц. Однако у 15-25% больных ЧПО неудачны, и методом лечения остается традиционная ХЛТ, лишь в ряде клиник выполняемая лапароскопически. И, тем не менее, эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ), тем более ЭПТ, приближают хирургов к адекватным операциям. Ошибки названия, выбора и обработки дренажей: - недостаточность знаний проблемы; - плохое качество и неадекватные параметры трубок; - неправильная обработка дренажных трубок. Из 23 Т-образных дренажей, названных “H. Kehr”, только 9 (39%) были таковыми (срезанная полуокружность), а остальные были дренажами “J. Deaver” (несрезанная полу-окружность). «Оценивая Т-образный дренаж Kehr..., сложность и травматичность его удаления... некоторые авторы рекомендуют укорачивать горизонтальную... часть дренажа Kehr или срезать ее в виде желоба на половину трубки» (О. Б. Оспанов, 1997, ссылаясь на Э. И. Гальперина и Ю. М. Дедерера, 1987) Так дренаж Kehr описывается как импровизация хирургов. То же можно сказать и о дренаже по А. В.

Вишневскому (2 (5.4%) наблюдения из 38 после ХЛТ): нам, патриотам, надо называть его именем A.Lane (1892), если мы не используем принцип «сифон-манометр» (а он и не используется!) в послеоперационном периоде. Дренажом Д. Л. Пиковского (через КПП) называют дренаж W. Halsted (1897). У хирургов нет разнообразия трубок: они либо не знают их, либо не ищут. Ошибки проведения операции НДЖП включают: - ошибки выбора места (высокое) установки дренажа; - Неправильное размещение дренажной трубки в гепатикохоledoхе (2 – 5.4%); - Использование нерассасывающихся нитей для фиксации дренажа (1 – 2.7%), приводящие к трудностям удаления, дискомфорту больных, образованию гранул (1 наблюдение); - дефекты фиксирования (тугое, слабое) дренажной трубки; - пренебрежение дренированием брюшной полости. Ошибки ведения послеоперационного периода: - длительное обильное желчеистечение по дренажу (7-19%); - Пассивное ведение послеоперационного периода; - Неправильное расположение желчеприемника; - Преждевременное и позднее удаление дренажа; - Удаление дренажа без контрольной холангиографии; - Длительные дискомфорт и пребывание больных в стационаре. Осложнения НДЖП (ранние, поздние) у 37 больных: - Перегибы дренажных трубок (2-5.4%); - Неправильное положение бранш и нарушение проходимости желчных путей (2-5.4%); - Деформация гепатикохоledoха (1-2.7%); - Дислокация дренажа (1-2.7%); - Подтекание желчи мимо дренажа в брюшную полость (3–11.1%); - Обильное длительное желчеистечение по дренажу (7-18.9%); - Повреждение гепатикохоledoха при извлечении дренажа (2-5.4%); - Желчный перитонит, абсцессы (2-5.4%); - Холангит (5-13.5%); - Желчный свищ (1-2.7%); - Стриктуры гепатикохоledoха (3-11.1%). Итак, из неудач НДЖП Т-образным дренажом у 20 из 23 больных, у 17 из которых был ХЛ, у 4 отмечены проблемы желчеотделения в брюшную полость, у 2 – повреждение желчного протока и др.; а при НДЖП через КПП – у 5 из 12 – ХЛ, подтекание желчи – у 2 и др. Традиционная лапаротомия для их коррекции проведена у 5 больных (умер 1 пациент 82 лет с желчным перитонитом), лапароскопия у 1 и эндоскопия у 31 больного. Таким образом, эндоскопия – это «палочка-выручалочка» в решении проблем НДЖП. Резюме. Проблемы операций НДЖП обусловлены недостаточной информационной и технической подготовленностью хирургов, игнорированием современных методов интраоперационного обследования, плохой оснащенностью, ограниченным применением лапароскопической и чреспапиллярной хирургии при сочетанных поражениях.

300.ПРОВосПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВАЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ДИНАМИКЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

Лазаренко В.А., Бобровская Е.А., Парфенов Е.И., Беликов Л.Н.

Курск

Курский государственный медицинский университет

В настоящее время обсуждается значимость механизмов провоспалительной активации как фактора, приводящего к дисбалансу между тромбозом и фибринолизом. Цель исследования - изучить взаимоотношения маркеров провоспалительной активации эндотелия и фибринолитической активности у больных облитерирующим атеросклерозом при операциях на магистральных артериях нижних конечностей. Материалы и методы: в исследование вошли 68 больных облитерирующим атеросклерозом в возрасте $57,9 \pm 0,88$ лет, со II Б – III стадией заболевания по R. Fontaine – A.B. Покровскому, распределенные на 3 группы в зависимости от уровня поражения и объема вмешательства: 1-й выполнено бедренно-подколенное шунтирование (БПШ) ($n=32$), 2-й - аорто-бедренное шунтирование (АБШ) ($n=20$), 3-й - рентгенэндоваскулярная ангиопластика и стентирование подвздошных артерий ($n=16$). Определяли концентрации гомоцистеина, окисленных липопротеинов низкой плотности (окисленных ЛПНП), молекул адгезии сосудистого эндотелия 1 типа (sVCAM-1). Активность фибринолитической системы оценивали по содержанию ингибитора тканевого активатора плазминогена I типа (PAI-1) и тканевого активатора плазминогена (t-PA). Уровень маркеров определяли до операции и через 5 дней после хирургического вмешательства иммуноферментным методом в системном и местном кровотоке. Анализ результатов исследования выполняли с помощью стандартного набора офисных программ, с применением параметрического корреляционного анализа, определением коэффициентов корреляции с поправкой Р. Фишера z. Результаты: В группе больных с поражением бедренно-подколенного сегмента исходно выявлены прямые корреляционные взаимосвязи PAI-1 с гомоцистеином ($r=0,68$, $p<0,001$), окисленными ЛПНП ($r=0,61$, $p<0,001$), sVCAM-1 ($r=0,42$, $p<0,05$) в системном кровотоке, PAI-1 и гомоцистеином ($r=0,49$, $p<0,001$), sVCAM-1 ($r=0,44$, $p<0,01$) в местном кровотоке. После БПШ установлена прямая корреляция между гомоцистеином и PAI-1 в системном кровотоке ($r=0,69$, $p<0,001$), sVCAM-1 и PAI-1 в оперированной конечности ($r=0,51$, $p<0,01$). Выявлена прямая взаимосвязь между t-PA с окисленными ЛПНП ($r=0,57$, $p<0,001$) в местном кровотоке после операции. Во 2-й группе больных до операции в системном кровотоке выявлена обратная взаимосвязь между sVCAM-1 и PAI-1 ($r=-0,59$, $p<0,01$). Однотипная по направленности корреляционная зависимость sVCAM-1 и PAI-1 сохранялась в системном кровотоке после АБШ ($r=-0,44$, $p?0,05$). Отмечена корреляционная связь до операции между t-PA и гомоцистеином ($r=0,44$, $p<0,05$) в местном кровотоке и обратная t-PA и sVCAM-1 ($r=-0,56$, $p<0,01$) в системном кровотоке, которая сохранялась и в послеоперационном периоде ($r=-0,44$, $p<0,05$). В 3-й группе перед выполнением эндоваскулярного вмешательства на подвздошном сегменте отмечены взаимосвязи между гомоцистеином и PAI-1 ($r=0,60$, $p<0,05$) в пораженной конечности, которые не достигали уровня статистической значимости в послеоперационном периоде. Обсуждение: проведенные исследования показывают негативное влияние маркеров

провоспалительной активации эндотелия на фибринолитическую активность с избыточной продукцией PAI-1 как на системном уровне, так и в пораженной конечности, оставаясь значимыми после артериальной реконструкции, что может являться фактором риска развития тромбоза. Выводы. 1. Выявлены прямые корреляционные взаимосвязи между провоспалительными маркерами и повышением PAI-1 в системном и местном кровотоке, сохраняющиеся после реконструкции. 2. Динамический мониторинг маркеров провоспалительной активации и фибринолитической активности могут способствовать снижению риска тромботических осложнений зоны артериальной реконструкции.

301.РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Хрипун А.И., Сажин И.В., Махуова Г.Б., Сукиасян А.А., Шурыгин С.Н., Саликов А.В.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Заболеваемость осложненной язвенной болезнью остается на высоком уровне. Наиболее частой причиной экстренных хирургических вмешательств при язвенной болезни является перфорация язвы. Ускоренная реабилитация (Fast track – FT) после хирургических вмешательств активно развивающееся направление в плановой хирургии. В экстренной хирургии данная методика встречает много противников. Материалы и методы. Проведен анализ лечения двух групп пациентов, пролеченных в ГКБ им. В.М, Буянова с 2012 по 2016г. I группу составили 107 пациентов, которым было выполнено открытое ушивание прободной язвы. В данной группе в послеоперационном периоде проводилось традиционное лечение. II группу составили 76 пациентов, которым проводилось лапароскопическое ушивание перфорации. У них в послеоперационном периоде использовалась методика FT. В I группе средний возраст составил 42 года, в II – 54 года. В I группе время госпитализации от начала симптомов было от 2 до 24 ч., во II – 40 мин – 12 ч. Комплекс предоперационного обследования в обеих группах был одинаков и включал выполнение стандартного набора лабораторных анализов при поступлении и обзорной рентгенографии брюшной полости. Всем пациентам с клиникой перфорации полого органа выполнялась ЭГДС. Результаты. В I группе у 79 пациентов выполнено ушивание перфоративной язвы двухрядным швом. У 28 пациентов был применен способ ушивания по Опелю-Поликарпову с тампонадой перфорации прядью большого сальника. Операцию завершали санацией брюшной полости и дренированием 2 дренажами. В II группе у 71 пациента произведено простое ушивание язвенного дефекта интракорпоральным «скользящим» узловым однорядным швом. У 5 пациентов II группы применен способ ушивания перфорации с укреплением прядью большого сальника. Размеры перфораций в основной группе были 0,7 – 1,5 см, в контрольной – 0,5 – 1,0

см. При лапароскопических вмешательствах проводилась санация брюшной полости путем аспирации без ирригации. Дренирование проводилось у 32 (42%) пациентов. В I группе удаление дренажа проводилось на 2-5 сутки послеоперационного периода. В II группе, при наличии дренажа, он удалялся на 1-е сутки п/о периода. В I группе проводилось традиционное ведение послеоперационного периода, предусматривающее назогастральную интубацию на 1-2 суток, активизация пациентов проводилась на 1-2-е сутки п/о периода. Прием жидкости начинался с 3-х суток п/о периода, пероральное питание – с 4-х суток. 61 пациент после окончания операции переводился в отделение реанимации на 1 сутки. Послеоперационных хирургических осложнений в основной группе не было. Летальность составила 2,3%. Причиной летальных исходов были сердечно-легочные осложнения и ТЭЛА. Средний послеоперационный койко-день составил 8,1. В II группе протокол FT предусматривал перевод в хирургическое отделение сразу после операции; удаление назогастрального зонда в конце оперативного вмешательства; удаление мочевого катетера через 2 часа после операции; активизацию пациентов в сроки 2-5 часов после операции; разрешение приема жидкости на 1-е сутки послеоперационного периода, кормление – со 2-х суток. Послеоперационное осложнение встретилось в 1 случае (1,3%) – несостоятельность ушитой перфорации. Летальности в группе лапароскопических вмешательств не было. Средний койко-день составил 4,8. Пациентам обеих групп в первые часы п/о периода и впоследствии проводилась противоязвенная терапия современными блокаторами протонной помпы. Обсуждение. В структуре вмешательств на протяжении 4-х лет отмечается прогрессивный рост количества лапароскопических ушиваний и уменьшение открытых. В 2013г. соотношение лапароскопических ушиваний прободной язвы к открытым было 1/37, в 2014г. – 9/30, в 2015г – 23/41, в 2016г. – 44/21 в пользу лапароскопических операций. При открытых вмешательствах реабилитация в послеоперационном периоде шла дольше. При лапароскопических вмешательствах в послеоперационном периоде к 3-4-м суткам состояние пациента позволяло выписать его из стационара на амбулаторный этап лечения. В отдаленном послеоперационном периоде у 9 пациентов I группы и у 7 II группы в период от 6 до 18 мес. отмечен рецидив язвенной болезни. 1 пациент после открытого ушивания перфорации госпитализирован в стационар повторно через 26 месяцев с клинической картиной язвенного гастродуоденального кровотечения. При анализе рецидивов язвенной болезни отмечено, что все пациенты по тем или иным причинам не получали противоязвенной терапии на амбулаторном этапе. Выводы. Малоинвазивная хирургия является эффективным методом лечения такого осложнения язвенной болезни 12-перстной кишки, как перфорация; лапароскопические методы лечения позволяют применять на практике программу FT в условиях экстренной хирургии, в частности при прободной язве; при применении протокола FT создаются условия для укорочения этапа стационарного лечения и ранней выписки пациента, что имеет хороший экономический эффект; рецидивы язвенной болезни развиваются при отсутствии проведения контролируемой адекватной противоязвенной терапии.

302. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМИ ЯЗВАМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Чернооков А.И.(1), Карапетян М.М.(2), Войновский А.Е.(2),
Белых Е.Н.(1), Мусеев А.П.(2), Черноусов К.Ф. (1)*

Москва

1) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова 2) ГБУЗ "ГКБ им. С.С.Юдина ДЗМ"

Актуальность проблемы. Кровотечения из постгастрорезекционных язв (ПГРЯ) отличаются характерными особенностями. ПГРЯ часто осложняются тяжелым профузным кровотечением и высокой частотой рецидива кровотечения. Цель работы: улучшение результатов применения различных подходов в лечении больных с ПГРЯ, осложненными кровотечением. Материалы и методы: С 2000 по 2015 гг. в ГКБ №7 Москвы пролечено 135 больных с кровоточащими ПГРЯ. Резекцию желудка ранее перенесли 119 больных. У 16 больных ПГРЯ возникли после гастропанкреатодуоденальной резекции. Мужчин было 110, женщин – 25. Средний возраст составил $52,4 \pm 13,1$ лет. Кровопотеря легкой степени была у 27,7% пациентов, средней – 29,2%, тяжелой – 43,1%. Распределение по классификации Forrest: FIa – 11,5%, FIb – 15,4%, FIla – 21,5%, FIlb – 23,8%, FIlc – 27,7%. Средняя оценка по шкале тяжести состояния APACHE-II составила $9,89 \pm 4,07$ балла, по шкале SOFA – $3,06 \pm 1,74$ балла. Сопутствующие заболевания были у 66,9% больных. Все больные разделены на 2 сопоставимые группы. В I группу (основную) вошли 74 (53,1%) больных, во II (контрольную) – 61 (46,9%) пациент. Во II группе (2000-2008 гг.) применяли активную тактику: при неэффективном эндоскопическом гемостазе (ЭГ) и рецидиве кровотечения (РК) выполняли экстренные операции, у больных с признаками нестабильного гемостаза выполняли вмешательства по срочным показаниям в пределах 6-24 часов. В I группе (2009-2015 гг.) придерживались индивидуализированной тактики: больным со стигматами кровотечения FIa-FIlb выполняли ЭГ, при РК выполняли повторный ЭГ. При высоком риске РК активно применяли превентивный эндогемостаз при динамической эндоскопии для выполнения радикальных операций в более благоприятных условиях в отсроченном порядке. Результаты: В I группе ЭГ выполнен 50 (100%) пациентам со стигмами кровотечения FIa-FIlb, во II группе – лишь у 30 (68%) больных с такими же эндоскопическими признаками. Эффективность первичного ЭГ при активном кровотечении составила 100% в I группе и 92% во II группе. РК после ЭГ в I группе возник у 26% пациентов, во II группе – у 35%. Повторный ЭГ у больных I группы при РК после ЭГ выполнен во всех случаях и оказался успешным в 80% случаев. У больных II группы повторный ЭГ выполнен только у 50% больных с РК и оказался эффективным лишь у половины из них. Экстренные операции выполнены 10 (16,4%) больным II группы и 3 (4,1%) пациентам I группы. По срочным показаниям прооперированы 13,1% больных II группы и 6,8% пациентов I группы. В отсроченном порядке вмешательства выполнены 13,1% больных II группы и 21,7% пациентов I группы. Паллиативные вмешательства выполнены у 2 (2,9%) больных I группы и у 5 (8%) пациентов II группы. Общая летальность составила 7,2% в I группе и 13,1% в II группе, послеоперационная летальность – 8,7% и 19,2% соответственно. Больные, умершие в послеоперационном периоде, в обеих группах скончались после экстренных операций. Наилучшие результаты получены после реконструктивной резекции культи желудка со

стволовой ваготомией, выполненной в отсроченном порядке. У 78 больных обеих групп прослежены отдаленные результаты лечения в сроки от 3-х до 14 лет. После выполнения реконструктивных вмешательств повторное язвообразование наблюдали у 4% больных. Неудовлетворительные результаты получены при анализе лечения больных с ПГРЯ, осложненными кровотечением, подвергшихся эндоскопической остановке кровотечения без последующего оперативного лечения. У 44% больных отмечено повторное язвообразование сразу же после отмены антисекреторной терапии, в том числе современными ингибиторами протонной помпы, повторное кровотечение развилось почти у 40% наблюдаемых больных, что потребовало выполнения эндоскопического гемостаза, либо неотложной операции, выполненной у 14% больных. Выводы: 1. Применение современных методик ЭГ, динамической эндоскопии, повторного ЭГ позволяет снизить количество экстренных операций и летальность у больных с кровоточащими ПГРЯ. 2. Использование индивидуализированной тактики позволяет уменьшить число нерадикальных паллиативных операций. 3. У больных с ПГРЯ, осложненными кровотечением, в случае успешной неоперативной остановки кровотечения показано решение вопроса о патогенетически обоснованном оперативном вмешательстве в плановом порядке.

303. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ УСТРАНЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Захаров Д.В., Уханов А.П., Жилин С.А., Большаков С.В., Леонов А.Л., Амбарцумян В.М.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная клиническая больница"

Цель: Улучшение результатов оперативных пособий при лечении прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки за счет использования эндовидеохирургической технологии. Материалы и методы: В период с 2013 по июнь 2017 года оперировано 256 больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностический поиск у больных с клиническими проявлениями прободной язвы, включал рентгенологическое исследование брюшной полости с целью обнаружения свободного газа в брюшной полости. В тех ситуациях, когда признаков пневмоперитонеума не было, осуществлялась экстренная фиброгастроуденоскопию с последующей рентгенографией живота. Эндоскопическое исследование позволяло оценить состояние желудка и двенадцатиперстной кишки и помимо перфорации распознать другие осложнения язвенного процесса в виде пенетрации, выраженной рубцово-спаечной деформации или стеноза пилородуоденальной перехода. Данные осложнения рассматривали как противопоказание к использованию метода эндовидеохирургического ушивания прободного отверстия. Также воздерживались от использования лапароскопической технологии в случаях, когда период с момента перфорации превышал более суток и сопровождался явлениями распространенного

воспаления брюшины с признаками паралитической кишечной непроходимости. При отсутствии противопоказаний проводили эндовидеохирургическое ушивание прободного отверстия, которое было предпринято у 65 больных (25,4 %). Лапароскопическое ушивание язвы проводили, в большинстве случаев с введением 3 троакаров : первый, 10 мм - на 1 см ниже пупка, второй 10 мм - на 3-4 см ниже правой реберной дуги по среднеключичной линии, третий 5 мм - на уровне пупка по передне-подмышечной линии. После проведения диагностической лапароскопии через околопупочный троакар, оценки состояния брюшной полости и принятия решения о выполнении эндовидеохирургического пособия, лапароскоп вводили через второй троакар, а околопупочный доступ и третий троакар использовали для введения иглодержателя и зажима. Такой порядок введения лапароскопа и эндохирургических инструментов обеспечивает хороший обзор и условия для бимануального ушивания перфоративного отверстия за счет соблюдения эффекта триангуляции. В ряде случаев, при технических особенностях, с целью отведения печени и лучшей экспозиции пилородуоденальной зоны вводили четвертый 5мм троакар на 2-3 см ниже мечевидного отростка. Объем эндовидеохирургического вмешательства заключался в ушивании перфоративного отверстия интракорпоральным одно- или двухрядным швом, выполнении санации брюшной полости путем промывания и аспирации и установки дренажа в подпечное пространство через 3 троакара. Результаты: Среди 65 больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, которым предпринято наложение эндошвов у 62 пациентов (95,4 %) операцию удалось выполнить полностью лапароскопическим способом, в трех случаях была выполнена конверсия на лапаротомный доступ. Послеоперационные осложнения отмечены у 5 больных (7,7 %). Летальных исходов в группе больных, которым проводилось эндохирургическое ушивание перфоративно язвы желудка и двенадцатиперстной кишки не наблюдалось, в то время как среди 191 больных оперированных открытым, с чревосечением, способом скончалось 15 (7,9 %). Выводы: Таким образом, использование эндовидеохирургической технологии устранения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки имеет значительные преимущества перед открытыми вмешательствами и должно, при отсутствии противопоказаний, более широко использоваться в учреждениях, оказывающих экстренную помощь больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

304.ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВОВ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Белик Б.М. (1), Скорляков В.В. (1), Подина М.В. (1, 2), Баяев О.В. (1),
Кещян С.С. (1), Войнова О.Н (1)*

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. Одним из наиболее приоритетных компонентов лечебной тактики у больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ОГДЯК) в определении показаний, противопоказаний и сроков проведения оперативного вмешательства, является прогнозирование угрозы рецидива геморрагии. Однако до настоящего времени отсутствует общепринятая система прогнозирования рецидива ОГДЯК, основанная на объективизации оценки тяжести состояния пациентов и параметров гемостаза. Цель работы: на основе ретроспективного и проспективного клинического анализа определить этиопатогенетические факторы, наиболее значимые для возникновения рецидива ОГДЯК. Материал и методы. Проведен многофакторный регрессионный анализ результатов обследования и лечения 874 больных с ОГДЯК, госпитализированных в хирургическое отделение МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону за период с января 1997 по июнь 2017 гг. У 450 (51,5%) больных кровоточащая язва локализовалась в желудке, у 412 (47,4%) – в двенадцатиперстной кишке и у 12 (1,4%) пациентов – в зоне гастроэнтероанастомоза. С целью определения наиболее значимых этиопатогенетических факторов для возникновения рецидива ОГДЯК был проведен следующий комплекс исследований: определение степени тяжести кровопотери по А.И.Горбашко, оценка тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II, эндоскопическая оценка кровотечения, включая его характеристику по Forrest J.A. (F), показатели коагулограммы (активированное частично тромбопластиновое время – АЧТВ, протромбиновое время – ПТВ, международное нормализованное отношение – МНО, уровни фибриногена, D-димеров и растворимых фибрин-мономерных комплексов – РФМК), показатели оксигенации артериальной и венозной крови, а также мониторинг интрагастральной pH-метрии, выполняемой в режиме реального времени (программа pH Moon). У 211 (24,1 %) больных отмечена кровопотеря I степени, у 315 (36,0 %) - II степени и у 348 (39,8 %) – III степени. Все пациенты получали адекватную инфузионно-трансфузионную терапию, направленную на восполнение кровопотери, ликвидацию гиповолемии и стабилизацию гемодинамики, а также фармакотерапию, включая внутривенное введение ингибиторов протонной помпы и медикаментозную гемостатическую терапию (аминометилбензойная кислота - амбен, динатон). У 279 (31,9%) больных при наличии признаков активно продолжающегося кровотечения (тип F- I) или состоявшегося кровотечения (тип F-IIa, F-IIb) осуществлялся комбинированный ЭГ (и/или эндоскопическая профилактика рецидива ОГДЯК). Из 874 пациентов у 102 (11,7%) развился рецидив ОЯГДК. При этом 16 больных ввиду тяжести состояния, исключающей возможность любого оперативного пособия, продолжали лечиться консервативно. Срочному оперативному лечению (в течение 24 часов) подверглись 86 (9,8%) больных. Из их числа умерли 17 пациентов (послеоперационная летальность – 19,8%). Общая госпитальная летальность составила 9,7%

(умерли 85 больных). Результаты и обсуждение. Установлено, что о высокой вероятности рецидива ОГДЯК свидетельствуют следующие клиничко-лабораторные и эндоскопические признаки, выявленные на момент госпитализации пациентов: кровопотеря III степени, величина APACHE II более 20 баллов, кровотечение Forrest Ia – Forrest IIa, глубокая каллезная язва с локализацией на малой кривизне желудка, задне-медиальной стенке двенадцатиперстной кишки или в зоне гастроэнтероанастомоза, увеличение значений АЧТВ и уровня D-димеров более, чем в 2 раза по сравнению с нормальными величинами, а также снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови (раО2) менее 75 мм рт. ст. и в венозной крови (рвО2) – менее 30 мм рт. ст. При этом следует указать, что у всех пациентов, отнесенных к группе «тяжелое кровотечение», на фоне выраженной системной гипоксемии уровень желудочной секреции был нормальным или даже сниженным, тогда как значения АЧТВ, а также концентрация в крови D-димеров и РФМК были существенно повышены. Это свидетельствует о том, что в этиопатогенезе рецидивных ОГДЯК ключевая роль принадлежит системной гипоксемии и активации процесса фибринолиза (прогрессирование некроза тканей и ускоренное разрушение тромба в зоне язвенного кратера), тогда как кислотно-пептический фактор в этом случае имеет второстепенное значение. Выводы. Всех пациентов с ОГДЯК необходимо стратифицировать по степени риска рецидива геморрагии на основании наиболее прогностически значимых клиничко-лабораторных и эндоскопических критериев. У больных с высоким риском рецидива ОГДЯК целесообразно выполнение срочного оперативного вмешательства (в течение 24 часов) после короткой предоперационной подготовки. Комплекс лечебных мероприятий, направленных на предупреждение возникновения повторной геморрагии у больных с ОГДЯК, должен обязательно включать ликвидацию системной гипоксемии и тканевой гипоксии, а также эффективную современную гемостатическую терапию с использованием ингибиторов фибринолиза (амбен) и средств, ускоряющих процесс тромбообразования (динатон).

305. РОЛЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПИЩЕВОДА

Туманина А.Н. (2), Полежаев А.А (1).

Владивосток

1Тихоокеанский государственный медицинский университет
2 Приморский краевой онкологический диспансер

Рак пищевода высоко злокачественное и трудно поддающееся лечению заболевание, которое является основной причиной развития опухолевого стеноза верхних отделов пищеварительного тракта клинически проявляющегося дисфагией. У 70% вновь выявленных больных диагностируется III-IV ст. заболевания. Возможности хирургического, лучевого, комбинированного и комплексного лечения в такой ситуации ограничены. Кроме того,

имеется большая группа больных (до 25%), у которых радикальное хирургическое вмешательство не может быть выполнено из-за тяжелых сопутствующих заболеваний и возрастных изменений. Поэтому актуальной проблемой остается разработка паллиативных методов разрешения злокачественной дисфагии. Возможности современной онкологии значительно расширились с появлением фотодинамической терапии. Фотодинамическая терапия является уникальным методом лечения, основанным на использовании фотосенсибилизаторов, активируемых светом. Материал и методы. Проведен анализ результатов применения эндоскопической ФТД у 25 больных с неоперабельным местно-распространенным плоскоклеточным раком пищевода в возрасте от 45 до 76 лет, с дисфагией II-III ст. С целью реканализации просвета пищевода методика ФДТ применялась нами при циркулярных опухолевых стенозах протяженностью от 2 до 5 см. Условием для применения ФДТ являлось отсутствие глубокого изъязвления в опухоли и пищеводно-медиастинального или пищеводно-респираторного свища. За период с 2014 г. по 2017 г. эндоскопическая фотодинамическая терапия была проведена нами у 25 больных с местно-распространенным раком пищевода в возрасте от 45 до 76 лет (23 мужчин и 2 женщины). Во всех наблюдениях морфологически был подтвержден плоскоклеточный рак. Протяженность опухоли варьировала от 2 до 5 см, с локализацией в верхней трети пищевода у 8, в средней трети – у 14 и в нижней трети пищевода – у 3 больных. У всех пациентов имела место дисфагия II-III ст. ФТД осуществляли у 10 больных с целью реканализации опухолевого стеноза при дисфагии III ст. перед последующим эндопротезированием, у 9 – как самостоятельный метод лечения в связи с высоким расположением опухоли и отсутствием возможности установить стент и у 6 больных – с целью деструкции остаточной опухоли после лучевой терапии. Полное восстановление просвета пищевода после эндоскопической ФТД отмечено у 3 больных. Неполное (частичное) восстановление просвета пищевода – у 21 больных. Диаметр просвета пищевода у них достигал 0,6-0,8 см; пациенты могли употреблять кашицеобразную или жидкую пищу. Процедура эндоскопической ФТД была неэффективной у 1 больного. У пациентов с неполным эффектом или с рецидивом опухоли после ФТД в последующем было выполнено стентирование пищевода. Обсуждение полученных результатов. У 10 больных с неполным (частичным) эффектом после 1 курса ФДТ в последующем было выполнено эндопротезирование зоны опухолевого стеноза пищевода. В одном наблюдении после ФТД был достигнут полный эффект, просвет пищевода был бужирован, отмечалась дисфагия I ст., но в связи с опухолевой прогрессией через 3 месяца было выполнено стентирование пищевода. У 9 пациентов, поступившим с дисфагией III ст. и локализацией опухоли в верхней/3 пищевода был достигнут неполный эффект, поддерживаемый многокурсовой ФДТ с периодом наблюдения от 3 месяцев до 2 лет. У 6 больных ФТД была проведена с целью деструкции остаточной опухоли после лучевой терапии. Результат был достигнут у 3 пациентов с полным эффектом, регрессом опухоли и развитием рубцового стеноза I ст., у одного – при отсутствии эффекта от ФТД было произведено последующее стентирование опухолевого стеноза. ФДТ является методом выбора при раке верхних отделов пищевода, так как стентирование пищевода в данной ситуации может вызвать боль и ощущение инородного тела в глотке, а также при поражении желудочно-пищеводного соединения, когда высока частота миграция стента в желудок.

306.ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ «СТВОЛОВОЙ» ФЛЕБЭКТОМИИ В СИСТЕМЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

*Калинин Р.Е.(1), Сучков И.А.(1), Пучкова Г.А.(2), Грязнов С.В.(2), Баранов В.М.(2),
Железинский В.П.(2), Качинский А.Е.(2), Упоров М.Ю.(2), Баранов С.В.(2),
Царегородцев А.А.(2), Шанаев И.Н.(2)*

Рязань

РязГМУ имени акад. И.П. Павлова (1), ГБУ РО ОККД (2) ГБУ РО ОККД (2)

Несмотря на широкое распространение в последнее время эндовазальных методов облитерации поверхностных вен, флебэктомия остается основным оперативным методом лечения варикозной болезни (А.В. Покровский 2017) и в связи с высокой распространённостью среди населения проводится как в специализированных сосудистых, так и общехирургических отделениях. Основным моментом флебэктомии является устранение рефлюкса по магистральным стволам подкожных вен. При этом удаление ствола БПВ с помощью зонда Бэбкокка считается технически несложной операцией. Возможные ошибки при удалении ствола БПВ хорошо описаны в литературе и связаны с топографией прилежащих нервов, глубоких вен, лимфатических сосудов. Но БПВ также тесно связана с перфорантными венами (ПВ) и в связи с этим существуют технические нюансы, однако данных по этому вопросу крайне мало встречается в литературе. Цель исследования: уточнить технические аспекты «стволовой» флебэктомии БПВ, связанные топографией ПВ. Материалы и методы: Материалом для исследования послужили 70 нижних конечностей, 1500 пациентов проходивших обследование и 200 пациентов оперированных по поводу варикозной болезни. Методы исследования: анатомическое препарирование и ультразвуковое исследование венозной системы нижних конечностей (УЗДС). Результаты и обсуждения: Существует несколько методик удаления БПВ: классическая –ретроградная и антеградная. Большинство современных авторов, как и практических хирургов (все больные были прооперированы по этой методике) предпочитают антеградную. Делают 2 доступа: 1) у медиальной лодыжки, при этом рекомендуется перевязать все притоки, 2) в области сафенофemorального соустья. Зонд проводят снизу вверх и удаляют БПВ на всем протяжении. Поэтому для препарирования были выделены 3 зоны: 1. зона доступа у медиальной лодыжки. БПВ располагается впереди от медиальной лодыжки, к ней прилежит n saphenus. От медиальной поверхности БПВ, на уровне основания лодыжек, отходит постоянная ПВ, прободаящая фасцию стопы, далее идёт под сухожилием передней большеберцовой мышцы, и длинным сгибателем первого пальца стопы и соединяется с vv. dorsalis pedis. Клапанов не содержит, что предполагает важную роль в коллатеральном перераспределении крови от стопы при полном удалении БПВ. 2. зона дистальной части медиальной поверхности голени, т.к. в данной области локализуются ПВ значимые в отношении трофических изменений и часто считается, что зонд удаляет эти ПВ. если проходит около них. В данной области встречалось от 1 до 6 ПВ, наиболее часто 3. Впадали в заднебольшеберцовые вены. По данным препарирования являлись главными дренирующими сосудами данной области. По данным УЗДС ПВ Коккетт II в 0,81% и ПВ Коккетт III в 0,95% случаев все-таки напрямую соединялись с БПВ. 3. зона дистальной части медиальной поверхности бедра, т.к. в данной области локализуются наиболее крупные ПВ бедра, а на практике ход зонда трудно проследить из-за развитой подкожной клетчатки. В

данной области ПВ встречаются практически у всех пациентов (в норме диаметр 2-3 мм.), однако при варикозной болезни несостоятельность была выявлена только в 4,5% случаев (ПВ дилатируется до 4-5 мм.), что может быть объяснено длинным субфасциальным ходом (~7 см.) и острым углом впадения (~45°) в бедренную вену. Больше чем в половине случаев напрямую соединяла БПВ и глубокие вены бедра. Именно острый угол впадения и связь с БПВ создают опасность попадания зонда Бэбкокка в систему глубоких вен с развитием тромбоза при антеградном введении зонда при флебэктомии (1% наблюдений). Выводы: 1. Доступ к БПВ у медиальной лодыжки должен проводиться у её верхнего края, а не у основания. 2. ПВ дистальной части медиальной поверхности голени на зонде Бэбкокка не уходят, нужны дополнительные доступы для их лигирования. 3. Антеградная методика удаления БПВ сопряжена с вероятностью захода зонда в систему глубоких вен через ПВ бедра и развитием тромбоза, требуется как минимум предоперационное УЗДС обследование зоны локализации этих ПВ.

307. СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧКИ

Перлин Д.В.(1,2), Дымков И.Н. (1,2), Шманев А.О.(2), Попова М.Б.(2)

1. Волгоград 2. Волжский

1. ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет 2. ГБУЗ
«Волгоградский областной уронефрологический центр»,

По данным ВОЗ сочетанные хирургические заболевания обнаруживаются у 20-30% пациентов, подвергающихся оперативному лечению. Симультанные операции позволяют с минимальной травматичностью избавить больного от нескольких заболеваний одновременно, не прибегая к повторным вмешательствам. В период за 2011-2016 год нами выполнено 22 симультаные операций при оперативных вмешательствах на органах брюшинного пространства, в частности, при нефрэктомиях и резекциях почки, из них 12 лапароскопическим и 10 ретроперитонеоскопическим доступом соответственно. По видам выполняемых симультаных операций выполнено 9 холецистэктомий, 4 адреналэктомии, 4 грыжесечения с пластикой грыжевых ворот, 1 аппендэктомия, 4 сочетанные операции на мочевыделительной системе. В группе, где выполнялись симультаные операции трансперитонеальным доступом, средний возраст больных составил 53±3 года, ИМТ 29±2, сроки госпитализации 10±3 дня, время операции 191±10 мин., кровопотеря 100 ±15 мл, применение наркотических анальгетиков и продолжительность перидуральной анестезии 1±1 и 2±1 дня соответственно. В группе, где выполнялись симультаные операции ретроперитонельным доступом, средний возраст больных составил 57±2 лет, ИМТ 31±2, сроки госпитализации 9±3 дня, время операции 201±12 мин., кровопотеря 110 ±10 мл, применение наркотических анальгетиков и продолжительность перидуральной анестезии 0 и 1±1 дня соответственно. Количество

пациентов, которым ранее выполнялись операции на органах брюшной полости и был риск спаечного процесса, распределились следующим образом: в группе трансперитонеального доступа составило 2 пациента, в группе ретроперитонеального доступа 4 пациента. Не было отмечено интраоперационных осложнений. В послеоперационном периоде осложнения распределились следующим образом: динамическая кишечная непроходимость была отмечена в 2-х случаях при трансперитонеальном доступе, в одном случае гематома забрюшинного пространства при ретроперитонеальном доступе, все осложнения были купированы консервативно. Отмечено, что выполнение операций на почках ретроперитонеальным доступом, обладает рядом преимуществ перед более традиционной лапароскопической трансперитонеальной операцией. Во-первых, вмешательство выполняется в ограниченной искусственно созданной полости, без существенного повышения системного внутрибрюшинного давления и, соответственно, сопровождается меньшим риском развития сердечно-сосудистых и легочных осложнений. Это приобретает особое значение у пациентов пожилого возраста. Во-вторых, методика формирования ретроперитонеального доступа практически исключает возможность повреждения органов брюшной полости. В-третьих, операция намного безопаснее у пациентов с ранее выполненными обширными и повторными операциями на органах брюшной полости. Данное исследование, обобщая опыт успешного выполнения ретроперитонеоскопических операций на почках с симультанными операциями на органах брюшной полости, прежде всего показало безопасность подхода в условиях выраженного спаечного процесса в брюшной полости. При использовании ретроперитонеального доступа и необходимости выполнения одного из этапов операции на внутрибрюшинно расположенных органах, он может быть выполнен после основного вмешательства, через окно в париетальной брюшине без установления дополнительных портов.

308.ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Гольбрайх В.А.(1), Маскин С.С.(1), Петросова Е.В.(2), Арутюнян А.Г.(1).

Волгоград

- 1) Волгоградский государственный медицинский университет
- 2) Волгоградское областное патологоанатомическое бюро

Актуальность. Секвестрация и абсцедирование поджелудочной железы (ПЖ) являются следствием обширного панкреонекроза. Частота развития этих осложнений колеблется от 10% до 27%, а летальность достигает 50%. Цель. Выявить особенности и закономерности патоморфологических изменений при гнойно-деструктивных процессах в ПЖ и забрюшинном пространстве по данным аутопсий. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ протоколов вскрытий 125 умерших от острого деструктивного панкреатита (ОДП) по данным

Волгоградского областного патологоанатомического бюро за период с 2007 по 2016 г.г. Полученные результаты и обсуждение. Тотальный панкреонекроз выявлен у 90% умерших, поражение одного из отделов ПЖ обнаружено только у 4%. Зарегистрировано поражение от 2 до 7 забрюшинных клетчаточных пространств. Наиболее часто поражались: парапанкреатическая клетчатка головки ПЖ, корень брыжейки тонкой и поперечно-ободочной кишки, забрюшинная клетчатка малого таза, поддиафрагмальная клетчатка слева. Тяжесть и течение ОДП часто не совпадали с масштабами поражения инфекционным процессом забрюшинного пространства. Неблагоприятные исходы были связаны не столько с распространенностью процесса, сколько с нарастающей полиорганной недостаточностью. Микроскопические изменения в самой ПЖ у большинства умерших были однотипны. Гистологически в ПЖ отмечены обширные поля стеатонекрозов с диффузорассеянной воспалительной инфильтрацией по периферии, в зонах склероза рассеянная лимфоплазмоцитарная инфильтрация. Железистая ткань представлена бесструктурной некротизированной тканью с рассеянной нейтрофильной инфильтрацией, в прилежащей жировой клетчатке очаги стеатонекрозов, очаговый склероз с очаговой и рассеянной лимфогистиоцитарной инфильтрацией. При сравнении клинического течения заболевания и данных аутопсии установлено, что у 80% умерших имелись признаки панкреатогенного сепсиса (ПС). Анализ показал следующие его особенности: при ПС всегда совместно поражаются две анатомически обособленные области – забрюшинное пространство и брюшная полость; ПС отличается длительностью заболевания, так как в ПЖ одновременно наблюдаются различные морфологические изменения от интерстициального отека до гнойно-некротических изменений паренхимы. У 40% умерших пациентов отмечены явления перитонита, у остальных 60% при клинико-инструментальном обследовании определялся инфильтрат в зоне поджелудочной железы. Эти данные объективно отражают особенности развития патологического процесса. При первичной перфорации панкреатических протоков на дорзальной поверхности поджелудочной железы образуется инфильтрат в парапанкреатической клетчатке, при перфорации протоков на вентральной поверхности – панкреатогенный перитонит. Инфицированные формы панкреонекроза могут приводить к ПС как самостоятельной нозологической единице с развитием специфических осложнений, требующих дополнительной коррекции лечения и изменения хирургической тактики. Применение комплексной интенсивной терапии в лечении больных данной патологией являлось важнейшим фактором в предупреждении развития деструкций и последующих осложнений. Сроки от времени поступления до операции менее существенны, поскольку необоснованное быстрое вмешательство может быть нерадикальным из-за недостаточного отграничения секвестров от окружающих тканей. Наиболее часто секвестрировались участки паренхимы в области хвоста и тела поджелудочной железы. Наибольшая летальность наблюдалась при поражении проксимальных отделов головки и тела железы, а также при тотальном некрозе. Наиболее высокой процент смертности имел место после некрэктомии (38% больных). Несмотря на проведенное оперативное вмешательство, у 1/3 пациентов развился прогрессирующий некроз забрюшинной клетчатки вследствие секвестрации поджелудочной железы. Заключение. Анализ морфологического изучения секционного материала, а также клинико-анатомические сопоставления показывают, что микроскопические изменения в самой поджелудочной железе у большинства умерших были однотипны. Гистологически отмечались бесструктурные некротизированные ткани и обширные поля стеатонекрозов. У 80% больных имелись признаки панкреатогенного сепсиса.

Поджелудочная железа и брюшинное пространство подвергались патоморфологическим изменениям одновременно, взаимно влияя друг на друга.

309.ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПРИМЕРЕ МОДЕЛИ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кретинин Г.Ю.

Воронеж

Департамент здравоохранения Воронежской области

Актуальность проблемы. В последние годы работа большинства хирургических отделений районных больниц все чаще осуществляется в режиме оказания скорой медицинской помощи. Процент экстренных операций, выполняемых в хирургических отделениях некоторых районных больниц превышает 70%. Показатель поздней госпитализации (более 24 часов) больных с экстренной хирургической патологией в отдельных районах превышает 50%, что в существенно влияет как на результаты работы хирургической службы области. Качество оказания медицинской помощи проявляется в росте длительности лечения в стационаре, снижении хирургической активности, в количестве послеоперационных осложнений, в общей и послеоперационной летальности и, в итоге, отражается на длительности восстановительного периода больных после их выписки из стационара. Перечисленные проблемы обусловлены не только недостаточным кадровым обеспечением районов квалифицированными врачами специалистами, в том числе хирургами, диагностическим и операционным оборудованием, но прежде всего с логистикой (маршрутизацией) пациентов при организации оказания им хирургической помощи. Материалы и методы. На территории Воронежской области разработана и активно реализуется модель трехуровневой системы организации медицинской помощи. В соответствии с утвержденной моделью все государственные учреждения здравоохранения области распределены по трем уровням оказания медицинской помощи: I Уровень, обеспечивающий население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью; II Уровень – межмуниципальный (межрайонный), для оказания специализированной медицинской помощи (не менее 15% объема помощи из других районов); III Уровень – региональный, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Особая роль в оказании медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями отведена межрайонным хирургическим отделениям, организованным в 7 крупных муниципальных центрах на базе наиболее оснащенных медицинских организаций. В межрайонные хирургические отделения могут обращаться пациенты, проживающие непосредственно в районе расположения данной медицинской организации, а также с близлежащих прикрепленных районов для получения специализированной медицинской помощи по профилю «хирургия». Схематическое

прикрепление районов Воронежской области к межрайонным (межмуниципальным) отделениям по профилю «хирургия» и маршрутизация движения пациентов при оказании им хирургической помощи, представляющая собой поэтапное оказание медицинской помощи на уровнях, в зависимости от требуемого объема лечебных мероприятий, закреплены приказами департамента здравоохранения Воронежской области от 29.12.2012г. № 2011 «Об утверждении модели организации медицинской помощи в Воронежской области в условиях трехуровневой системы» и от 14.10.2015 № 2160 «О взаимодействии государственных учреждений здравоохранения Воронежской области при оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия». С целью улучшения доступности и качества оказания экстренной хирургической помощи населению в условиях функционирования трехуровневой системы здравоохранения на территории региона активно используются возможности территориального Центра медицины катастроф и санитарной авиации. В 2016 году специалистами Центра медицины катастроф осуществлено 568 (2015 г. – 451) экстренных телемедицинских консультаций, выполнено 1392 (1531) выездов санитарным транспортом и 284 (244) вылетов санитарной авиацией в районы области, проведено 219 (268) операций на местах, эвакуировано 348 (375) пациентов с острой хирургической патологией. В регионе активно используются малоинвазивные хирургические вмешательства не только в крупных стационарах областного центра, но и в районных больницах. Результаты. О эффективности работы хирургической службы Воронежской области на примере модели трехуровневой системы здравоохранения могут говорить следующие показатели: В районах области уменьшилось число случаев оказания хирургической помощи в экстренном порядке. Количество пациентов, поступивших в хирургические отделения районных больниц с экстренной хирургической патологией с 2011 по 2016 гг. сократилось на (13%) с 7211 до 6274. Сократилось время доставки пациентов в хирургические отделения, межрайонные центры и специализированные отделения от начала заболевания. Число пациентов с экстренной хирургической патологией, поступивших в хирургические стационары со сроком заболевания более 24 часа сократилось с 2011 по 2016 гг. на 21% с 6582 (62,0 %) до 5192 (41,7%). Увеличилось количество плановых хирургических вмешательств в хирургических отделениях районов области на 3,0%, так в 2014 г. выполнено 12909 операций, в 2016 г.- 13269. Доля плановых операций в структуре всех операций, выполняемых в районах области составляет 62%. При наличии кадрового дефицита врачей хирургов и врачей анестезиологов в районах области сохраняются стабильные показатели работы хирургической службы. Показатель общей летальности в хирургических отделениях Воронежской области в категории больных с экстренной хирургической патологией в 2016 году - 2,0% (в районах области – 1,8%), в 2015 году – 2,2% (в районах области 1,8%), в 2014 году – 1,8 (в районах области 1,9%). В том числе из числа пациентов доставленных позже 24 часов в 2016 году – 4,0% (в районах области 3,8%), в 2015 году – 4,1% (в районах области 3,7%), в 2014 году – 3,5% (в районах области 3,8%) Выводы. Таким образом организация работы хирургической службы на примере модели трехуровневой системы здравоохранения региона показала свою состоятельность и эффективность, и может являться базовой основой для реализации концепции организации хирургической помощи населению на территории других регионов.

310.ОПТИМИЗАЦИЯ ТРАНСКУТАННЫХ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ЛАПАРОТОМНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Цкаев А.Ю., Гаджибакаров Ш.М., Пухачев Д.А., Казакевич А.А.

Калуга

Калужская областная клиническая больница скорой медицинской помощи
им. К.Н. Шевченко, г. Калуга.

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом. Летальность по прежнему остается высокой, особенно при некротическом течении патологического процесса. Многообразие форм по характеру и распространенности деструктивного панкреатита, побуждают хирургов к поиску новых методов хирургического лечения и их оптимизации. Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных с панкреонекрозом, при дифференцированном использовании транскутанных, лапароскопических и лапаротомных методов операции. В связи с этим нами проанализированы 110 случаев острого панкреатита, осложненного панкреонекрозом, находящиеся на лечении в БСМП за 2016 год. Клинико-морфологическая форма панкреонекроза у обследованных больных была классифицирована на основании: 1) Рекомендаций Международного симпозиума по острому панкреатиту (Атланта, США, 1992 г.); 2) Данных Российских клинических рекомендаций (г. Санкт-Петербург, 30 октября 2014 г.). Выбор метода операции, осуществлялся с учетом характера и течения патологического процесса, распространенности, локализации, факта инфицирования, оценки тяжести состояния по интегральным шкалам, наличия технических возможностей. Все пациенты подвергшиеся инвазивному вмешательству, были разделены на 5 групп: - 1 группу составили пациенты, у которых течение некротического процесса носило ограниченный характер и подверглись пункционно-дренирующим методам лечения под ультразвуковой навигацией - 49 пациентов (45%). Показанием после пункции, для последующего дренирования, являлся факт инфицирования патологического очага. У данной категории пациентов пункционно-дренирующий метод был единственным и окончательным вариантом хирургического лечения. - 2 группу составили пациенты, которые поступили в клинику в первую фазу заболевания, клиническая картина характеризовалась выраженной интоксикацией, с наличием свободной жидкости в брюшной полости каких-либо патологических ограниченных скопления в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке. Данную группу составили - 25 пациентов (23%), которым было выполнена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, по протоколам принятым в клинике (не менее 5 дренажей), с последующим бактериологическим посевом выпота и определением активности амилазы. В послеоперационном периоде проводился перитонеальный лаваж - до снижения симптомов интоксикации. - 3 группу составили пациенты, подвергшиеся лапароскопической ретроперитонеоскопической санации и дренирования забрюшинного пространства и сальниковой сумки. В эту группу вошли - 8 пациентов (7%). У данной группы течение патологического процесса характеризовалось наличием патологического очага в забрюшинной клетчатке и сальниковой сумке, как правило носило ограниченный характер, в виде абсцесса. У 3-х пациентов, были выявлены секвестры различного диаметра, которые были фрагментированы и удалены. - 4 группу составили пациенты, которые подверглись

комбинированному лечению: пункция/ дренирование + лапаротомия/люмботомия - 21 пациент (19%). Показанием к лапаротомному вмешательству, после транскутанного дренирования патологического очага служили следующие критерии: 1) увеличение степени тяжести состояния по интегральным шкалам, стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность 2) значительное преобладание плотных структур (секвестры) над жидкостным компонентом, выявленные по результатам ультразвукового мониторинга. Причем малоинвазивное вмешательство под контролем ультразвука, нами оценивалось, как первый этап хирургической коррекции, имеющий важное лечебно-диагностическое значение, предшествующее лапаротомному вмешательству. - 5 группу составили пациенты, которые были оперированы лапаротомным доступом, без каких либо дренирующих операции, выполняемых под контролем ультразвука. В эту группу вошли - 7 пациентов(6%). У данной категории больных течение некротического процесса носило распространенный, инфицированный характер, с преимущественной локализацией патологического процесса в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке. Показанием к лапаротомии служили : 1) наличие разлитого перитонита 2) отсутствие оптимальных топографо-анатомических условий для дренирования патологического очага под ультразвуковой навигацией. Проведенная работа позволила оптимизировать хирургическую тактику при выборе методов лечения, в результате чего было достигнуто: 1) снижение средней продолжительности лечения в стационаре до 16 к/д; 2) уменьшение средней длительности пребывания в реанимации до 5 к/д; 3) общая летальность составила 16,7% ; 4) послеоперационная летальность составила 15,7%, что значительно ниже чем средне-статистические данные по России. Вывод: Таким образом, основу оптимальной тактики хирургического лечения панкреонекроза должен составлять принцип дифференцированного подхода к выбору последовательности проведения транскутанных, лапароскопических и традиционных операций , в зависимости от патоморфологической картины заболевания и интегральной степени тяжести состояния больных, что обуславливает успех непосредственных результатов комплексного лечения.

311.ИЗМЕНЕНИЯ В КОЛЛАГЕНОВОЙ СТРУКТУРЕ АПОНЕВРОЗА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ

Зейналов Н.Д., Рустамов Э.А., Гасанов А.Р., Алиев Ф.Х.

Баку , Азербайджанская Республика

Научный Центр Хирургии имени акад. М.А. Топчибашева

В последние годы происхождение грыж брюшной стенки, в том числе послеоперационные, связываются и с нарушениями метаболизма коллагена, приводящих к изменениям соединительной ткани. Целью исследования являлась сравнительная оценка качественных и количественных изменений коллагена (тотального, I и III типов) в структуре тканей апоневроза, взятых у пациентов с послеоперационными грыжами живота. Материал и

методы: Проведен анализ данных 59 больных находящихся на стационарном лечении в Научном Центре Хирургии имени акад. М.А.Топчибашева в период с марта 2015 по май 2016 г. Основную группу составили 40 больных оперированных по поводу послеоперационных грыж живота. В контрольную группу вошли 19 повторно оперированных больных от разной абдоминальной патологии, ранее перенесших лапаротомию и не имеющие послеоперационные грыжи. У этих больных во время операции были взяты биоптаты из апоневроза размерами 0,5 x 0,5-1 см. Для гистологического изучения коллагена препараты окрашивались пикросириусом красным (Picro-Sirius Red, ScyTek lab). I и III типы коллагена исследовались поляризационным световым микроскопом. Фотосъёмки микропрепаратов проведены цветной цифровой камерой. Квантификация морфометрических измерений типов коллагена проведены компьютерной программой Image J. Достоверность различий средних величин оценивали с помощью t- теста Стьюдента и U-критерия Манна – Уитни. Результаты: Женщины составили большинство в обеих группах, в основной 65% (n=26), в контрольной 63,2% (n=12). Средний возраст больных в основной группе был 58 (от 36 до 77 лет), в контрольной 48 (от 24 до 68 лет). Среднее время прошедшее после первой операции составило в основной 60±21 месяцев, в контрольной- 66±9. В обеих группах в количестве тотального коллагена в тканях апоневроза статистически достоверной разницы не выявили (87,4% и 93,2% соответственно, $p > 0,05$). В общей массе коллагена количество III типа коллагена составил в среднем 11% в контрольной группе. У больных же с послеоперационными грыжами эти данные показали значительный рост, в среднем 30,6% ($p < 0,01$). Патологические изменения структуры коллагена в соединительной ткани отмечались не у всех больных с послеоперационными грыжами, а только у более половины больных (57,5% , n=23). Изолированный анализ полученных данных в этой подгруппе показал относительное увеличение коллагена III, составившее 45%. Также, в количестве тотального коллагена, при сравнении с контрольной, было установлено уменьшение на 7,1% ($p < 0,05$). Заключение: Полученные результаты показали наличие изменений в коллагеновой структуре апоневроза, проявляющееся в уменьшении количества тотального коллагена и в увеличении его III-го, более тонкого и слабого типа, отмечается у большей части больных с послеоперационными грыжами.

312. ПЕРЕПИТОНЕАЛЬНЫЙ ДОСТУП КАК СПОСОБ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПАХОВЫХ И БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ

*Леонченко С.В, Фабер М.И, Елманов А.А, Чибизова В.П, Ворначев С.А.,
Хабибуллин В.В, Прошляков А.Л.*

Рязань

ГБУ РО ГК БСМП

В ургентной хирургии проблема лечения пациентов с ущемленными грыжами пахово-бедренного сгиба относится к разряду одной из самых актуальных по причине частоты, значительной тяжести и опасности возможных осложнений. До настоящего времени нет единого принятого универсального способа герниотомии и герниопластики, отсутствует единая концепция ведения таких больных, существуют прямо противоположные взгляды на применение у пациентов с ущемленными грыжами имплантов. Отсутствует единое мнение и в отношении больных с вправившимися грыжами, ложным ущемлением или флегмоной грыжевого мешка. Материалы и методы исследования: Работа основана на проспективном анализе результатов хирургического лечения 180 больных с ущемленными паховыми грыжами в БСМП г. Рязани. Средний возраст больных составил $67,9 \pm 12,7$ лет. Средний размер ущемленной паховой грыжи у пациентов составил $9,2 \pm 4,24$ см. По длительности ущемления среднее значение равно $16,9 \pm 10,8$ часа. 76% (136 чел.) поступили в первые сутки от начала заболевания, 24% (43 чел.) - свыше 1 суток. Результаты исследования: При бактериологическом исследовании грыжевой воды подтверждена корреляционная зависимость степени повреждения кишечника и изменения грыжевой воды. В 75% образцах от пациентов с длительностью ущемления свыше 24 часов высевалась кишечная палочка. В 10-ти случаях операция выполнялась при флегмоне грыжевого мешка, и в 1 – имело место ложное ущемление, спровоцированное перфорацией тонкой кишки. Длительность операции при выполнении преперитонеального доступа с последующим протезированием передней брюшной стенки, независимо от вероятности инфицирования операционной раны, составил $69,1 \pm 22,34$ минуты, а при резекции нежизнеспособного участка кишки и наложении анастомоза, без дополнительного расширения и срединной лапаротомии - $79,8 \pm 16,41$ минуты. Длительность антибактериальной терапии (в основном – цефалоспорины III поколения) корректировалась с учетом лейкоцитарной формулы и наличия раневого отделяемого. Нагноения и отторжения сетчатого имплантата не отмечено. Средние значения длительности госпитализации составили - $10,5 \pm 4,04$ к/д. При контрольных осмотрах через три и шесть месяцев рецидивов не выявлено. Обсуждение: Во всех наблюдениях нами применялся предбрюшинный косопоперечный надпаховый доступ по методике В.М.Седова – С.Д.Тарбаева. Ущемляющее кольцо рассекают непосредственно под контролем зрения, визуализируя ущемленные органы и сосудистые магистралы. При грыжах гигантского размера разрез продолжали в виде Т-образного (патент №2355323 от 20.05.2009) Вскрытие брюшины проводится достаточно широко непосредственно выше самого грыжевого мешка, что позволяет произвести полноценную ревизию ущемленных органов. При необходимости резекции кишки не нужно выполнять дополнительную лапаротомию, так как произведенный доступ не лимитирует хирурга в действиях. При некрозе кишки с развитием флегмоны грыжевого мешка резекцию выполняют вне ущемляющего кольца. После наложения

анастомоза и ушивания брюшины приступали к вскрытию флегмонозно измененного грыжевого мешка. При этом удалялась инфицированная грыжевая вода и некротизированная кишка вместе с грыжевым мешком. В дальнейшем этот разрез использовали для установки дренажа. Далее выполняли протезирование задней поверхности передней брюшной стенки проленовым имплантантом по модифицированной методике (патент № 2307601от 10.10.2007). Предбрюшинное пространство дополнительно дренировали. Вывод: Предбрюшинный доступ является адекватным для выполнения необходимого объема операции при осложненных грыжах пахово-бедренной области. Данный способ позволяет адекватно произвести ревизию ущемленных органов, рассечь ущемляющее кольцо «на глаз», предотвратить инфицирование брюшной полости и развитие перитонита, а также выполнить полноценное протезирование передней брюшной стенки.

313.АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Гаджибакаров Ш.М., Исмаилов Б.М., Кураченков Т.И.

Калуга

Калужская областная клиническая больница скорой помощи им. К.Н.Шевченко

Актуальность. Лечение механической желтухи является одной из наиболее актуальных проблем в экстренной хирургии. В настоящее время большинство зарубежных и отечественных авторов считают наиболее оптимальным лечение механической желтухи в два этапа, первым этапом – декомпрессию желчного пузыря (эндоскопическими и чрескожными методиками под контролем рентгена и УЗИ). Вторым этапом при отсутствии возможности использования малоинвазивных технологий – оперативное лечение механической желтухи. Цель исследования: анализ результатов и оптимизация алгоритмов и тактики этапного лечения больных с механической желтухой в зависимости от её характера (доброкачественная и злокачественная). Материалы и методы. Всего за 2015-2016 г. в БСМП было прооперировано 126 пациентов по поводу механической желтухи. Среди них доброкачественный генез механической желтухи был установлен у 111 пациентов: 32 мужчины (12%), 79 женщин (88%). Распределение в данной группе пациентов по возрасту следующее: 31 человек (28%) – пациенты старше 80 лет, 46 пациентов (41%) – от 60 до 80 лет, 34 пациента – до 60 лет (31%). При этом 35 пациентов (32%) поступило до 24 часов. 76 (68%) человек – после 24 часов от момента начала заболевания. Механическая желтуха злокачественного генеза была выявлена у 15 пациентов. Среди которых: 5 мужчины (34%), 15 женщин (66%). Распределение в данной группе пациентов по возрасту следующее (20%) – пациенты старше 80 лет, 10 пациентов (66%) – от 60 до 80 лет, 2 пациента – до 60 лет (14%). При этом 1 пациент (7%) поступил до 24 часов. 14 (93%) человек – после 24 часов от момента начала заболевания. Причины механической желтухи доброкачественного генеза: 72 пациента (65%) – холедохолитиаз, 15 (13%) – папиллит, 12 пациентов (11%) – стеноз

терминального отдела холедоха, 11 пациентов (10%) – холангит, 1 (1%) – псевдотуморозный панкреатит. Виды оперативных вмешательств: ЭПСТ с литоэкстракцией – 67 пациентов (60%), ЭПСТ – 22 пациент (20%), микрохолецистостомия под УЗ-навигацией – 15 пациентов (13%), ХЭ дренирование холедоха – 4 пациента (4%), стентирование – 1 пациент (1%), ХЭ ХДА – 1 пациент (1%), НБД – 1 пациент (1%). Послеоперационные осложнения наблюдались у 10 пациентов. Причины механической желтухи злокачественного генеза: 7 пациентов (49%) – опухоль головки поджелудочной железы, 3 пациента (20%) – опухоль БДС, 2 пациента (13%) – опухоль внепечёночных желчных протоков, 1 пациент (6%) – опухоль терминального отдела холедоха, 1 пациент (6%) – опухоль Клацкина, 1 пациент (6%) – рак желчного пузыря. Виды оперативных вмешательств: микрохолецистостомия под УЗ-навигацией – 8 пациентов (53%), ЧЧХС – 3 пациента (20%), стентирование – 3 пациента (20%), ЭПСТ – 1 пациент (7%). У данной группы пациентов послеоперационных осложнений не наблюдалось. Выводы: таким образом малоинвазивные методы лечения механической желтухи являются эффективными способами ликвидации билиарной гипертензии, что даёт возможность в более благоприятных условиях проводить оперативные вмешательства в плановом порядке. У пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией может быть окончательным методом лечения.

314. ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ГЛУБОКОЙ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Бахметьев А.С. (1), Чехонацкая М.Л. (1), Курсаченко А.С. (1), Сухоручкин А.А. (2),
Матвеев В.В. (3), Бахметьева М.С. (4)*

1) Саратов, 2) Кирсанов, 3) Москва, 4) Краснодар

- 1) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
- 2) ООО "Бизнесстрой" частная клиника "Медицинский центр",
- 3) частная клиника IMMA, 4) ФГБОУ ВО Кубанский ГМУ Минздрава России

Цель исследования: выявление возможной причины тромбоза поверхностных и глубоких вен нижних конечностей у взрослых пациентов. Материалы и методы. В исследование включены 174 пациента (мужчины – 122, женщины – 52; средний возраст – 58,7 лет) с впервые верифицированным флеботромбозом нижних конечностей при проведении ультразвукового ангиосканирования. Исследование проводилось в период с августа 2013 по июнь 2017 гг. в отделении функциональной и ультразвуковой диагностики на базе кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии им. Н.Е. Штерна Саратовского ГМУ на ультразвуковых сканерах экспертного класса Siemens SC2000 Prime и Philips HD11 XE. Из работы были исключены пациенты с тромботическим поражением венозной системы в бассейне нижней полой вены в анамнезе, а также больные с посттромбофлебитическим синдромом. Также мы исключили пациентов с верифицированной когда-либо тромбофилией. Помимо

инструментального исследования все пациенты консультированы сосудистым хирургом. Результаты. Для удобства анализа мы поделили общее количество пациентов на 3 группы, сопоставимые по таким основным показателям, как пол, возраст и наличие сопутствующих заболеваний. Тромботическое поражение только поверхностной венозной системы встретилось у 66 пациентов (38%) – I группа, глубоких вен – у 80 больных (46%) – II группа, обеих венозных систем – в 28 случаях (16%) – III группа. Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) с хронической венозной недостаточностью не менее 3 степени по международной классификации CEAP в I группе имела подавляющий перевес – 62 пациента (94% среди всех больных в группе). Отметим, что среди 62 человек в 23 случаях имелся феномен сладжа (37%). В 12 случаях (18,2%) восходящий процесс имел распространение на уровень верхней трети бедра (7 случаев флотации, что требовало оперативного вмешательства. У 2 пациентов (3%) I группы вероятной причиной тромбоза стала травма конечности (дорожно-транспортные происшествия с повреждением мягких тканей голени) и еще в 2 случаях причиной тромбоза стал укус насекомого. Во II группе 12 пациентов (15%) имели онкологические заболевания, 26 больных (32,5%) в течении предыдущих 3-4 месяцев перенесли оперативные вмешательства (преобладали пациенты травматолого-ортопедического профиля, но также в группе встретились 2 женщины с илеокавальным тромбозом после лапаротомической миомэктомии). 3 пациента (3,75%) с выявленным тромбозом глубоких вен перенесли склеротерапию подкожных вен. 7 больных (8,75%) II группы связывают наличие тромбов с длительным перелетом. С ВБНК и одновременным поражением глубоких вен нам встретилось 17 пациентов (21,25%). Необходимо отметить 8 женщин (10%) II группы, получавших на момент исследования пероральные гормональные препараты. Причина тромбоза глубоких вен у оставшихся 8 пациентов (10%) осталась невыясненной. Тромбоз глубоких вен характеризовался преимущественно окклюзивным характером. Флотирующая верхушка выявлена в 12 случаях (15%) и, как правило, определялась на бедренном уровне. Среди пациентов III группы преобладали лица с онкологическими заболеваниями (17 пациентов – 60%), 3 больных (10,7%) с поражением как поверхностных, так и глубоких вен, страдали наркоманией, еще у 3 пациентов тромботический процесс имел четкую связь с длительной алкогольной интоксикацией. Выраженная ВБНК в III группе выявлена у 4 человек (14,3%). Выводы. Основной причиной тромбоза поверхностной венозной системы по результатам нашей работы являлась ВБНК, глубокой венозной системы – перенесенное оперативное вмешательство в предшествующие несколько месяцев. Распространенный тромботический процесс в обеих венозных системах преобладал у пациентов с онкологическими заболеваниями.

315. СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р., Зиангиров Р.А.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Многочисленные статистические исследования последних лет свидетельствуют о широкой распространенности грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), их осложненном и рецидивном течении, частым сочетанием с другими заболеваниями органов брюшной полости, что делает проблему лечения данной патологии чрезвычайно актуальной. В Клинике Башкирского государственного медицинского университета за 2001-2016гг накоплен опыт более тысячи лапароскопических фундопликаций в различных модификациях. На фоне увеличения количества лапароскопических операций по поводу ГПОД в различных учреждениях города за последние годы столкнулись с проблемой роста неудовлетворительных результатов, связанных с развитием патологических послеоперационных симптомокомплексов причиной которых зачастую является неустраненная во время первичного хирургического вмешательства сопутствующая патология органов брюшной полости. В связи с этим особую важность (особенно в условиях стандартизации и медико-экономической оптимизации) приобретает определение комплекса дооперационного обследования пациентов с подозрением на наличие ГПОД. Считаем, что наряду с традиционными методами клинико-диагностического обследования (эндоскопия, рН-метрия, УЗИ, КТ) в комплекс дооперационного обследования должны быть включены методики позволяющие определять размеры пищеводного отверстия диафрагмы (такие как УЗИ- или рентгенбаллонография). Полученные данные позволят до операции прогнозировать необходимость или объем пластики пищеводного отверстия. Разработанный в клинике подход хорошо зарекомендовал себя в клинической практике и на сегодняшний день является обязательным при выполнении операции по поводу ГПОД. Все фундопликации в Клинике выполняются по методике Nissen в различных модификациях как наиболее адекватной процедуре, способной противостоять забросу желудочного содержимого в пищевод. Пластику пищеводного отверстия диафрагмы считали показанным при расширении пищеводного отверстия более 3,5см. Диафрагмокрурорафия осуществлена в 189 наблюдениях, в 121 случаях выполнено протезирование ПОД сетчатым имплантом, всего коррекция пищеводного отверстия выполнена у 310 больных. При сочетании ГПОД с другой абдоминальной патологией, требующей хирургической коррекции, в 211 случаях выполнены симультанные вмешательства. Наиболее часто сочетанные вмешательства наряду с коррекцией кардии включали холецистэктомию (154), удаление доброкачественных опухолей яичников (29), рассечение связки Трейтца (15), висцеролиз (11), грыжесечения (2). Интраоперационные осложнения диагностированы у 9 больных. Ранние послеоперационные осложнения, непосредственно связанные с антирефлюксными процедурами, диагностированы у 73 пациентов. Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением стала преходящая дисфагия – 39. Реактивный серозный плеврит имел место в 8 наблюдениях. Эти осложнения носили преходящий характер и были купированы консервативной терапией. Отдаленные результаты изучены у 341 больных в сроки от 1 до 5

лет после операции. Таким образом, в условиях реформирования системы здравоохранения, повсеместного внедрения и совершенствования минимальноинвазивных технологий отбор больных на антирефлюксную операцию при ГПОД должен вестись по строгим показаниям, основанным на данных комплексного клинико-инструментального обследования. Лапароскопические операции при лечении больных ГПОД являются операциями выбора, способствуют уменьшению числа осложнений, улучшению результатов лечения.

316. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Окрян В.П., Ханов В.О., Галимов О.В., Ибрагимов Т.Р.

Уфа

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Гнойно-воспалительные заболевания нижних конечностей при синдроме диабетической стопы (СДС) занимают одно из основных мест среди заболеваний хирургического профиля. Ведение этих пациентов в стационаре связано с длительными сроками госпитализации, высоким процентом ампутаций и степенью инвалидизации, большим процентом летальности и соответственно существенными экономическими затратами на лечение. В клинике ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России за последние три года проанализированы результаты лечения 264 пациентов с гнойно-некротическими поражениями конечностей на фоне сахарного диабета (СД), у которых использовался комплексный подход на всех этапах лечения. Основную группу составили 83 пациента, у которых применен комплекс комбинированных методов лечения и использовался разработанный в клинике способ ведения гнойных ран. В контрольную группу включили ретроспективный анализ лечения 181 пациента с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей при СДС, которым проводилась стандартная терапия, с использованием медикаментозных средств для компенсации углеводного обмена, выполнением некрэтомий и наложением марлевых повязок с водорастворимыми мазями, применяемая в общехирургических отделениях. Сравнимые группы были сопоставимы по полу и возрасту, мужчины составили 35,2% (93), женщин 64,8% (171). Возраст больных составлял от 30 до 77 лет, а средний возраст составил $56,5 \pm 11,2$ лет. При поступлении в стационар 29 (34,9%) пациентам основной группы с гнойно-некротическими поражениями стоп после ангиографии, выставлены показания для реваскуляризации. У остальных пациентов определялся сохраненный магистральный кровоток и парциальное давление кислорода в тканях было не менее 35 мм рт.ст. В случае флегмоны стопы ее дренирование и резекционные операции на стопе выполнялись до реваскуляризации. В случае сухого некротического процесса на стопе без риска развития флегмоны вначале выполнялась реваскуляризирующие, а затем резекционные операции на стопе. С целью стимуляции репаративных процессов в ране нами разработан «Способ лечения

хронических ран нижних конечностей при синдроме диабетической стопы» (Патент на изобретение РФ №2608431), который выполняется следующим образом. После предварительной обработки основания раны с целью перевода хронической раны в острую и удаления от некротических компонентов, в рану укладывается вырезанная по размеру дефекта мембрана «коллост», полностью заполняя полость раны. Мембрана фиксируется атравматической не рассасывающейся нитью. После имплантации материала для создания оптимальной физиологической среды в ране и стимуляции процессов заживления раневую поверхность закрывали современными интерактивными гидроколлоидными перевязочными материалами, и начиная с 5-7 -го дня после имплантации в целях профилактики присоединения вторичной инфекции применяли атравматические повязки в комбинации с покрытиями, содержащими ионы серебра, повязки «Асептисорб». При очищении ран рекомендовали больным применение ортопедических стелек и ортезов подбор которых осуществляли на основании компьютерной педобарографии во время ходьбы. У 18 (21,7 %) пациентов во вторую и третью фазу раневого процесса (с глубиной язвы 1 и 2 ст. по Вагнеру) применялись силиконовые ортопедические стельки, у 24 (28,9 %) больных ортопедическая обувь. При корригирующей обуви у данной группы больных отмечается снижение максимальных величин давления на пораженную область стопы и более равномерное распределение по всей ее поверхности. Субъективно пациенты отметили удобство и простоту применения стелек 15 из них констатировали уменьшение болей при ходьбе. Оценка результатов лечения в ранний период проводилась на основании следующих параметров: уменьшение размеров раневой поверхности, появление грануляций, начало краевой эпителизации. Сравнительный анализ показал, что в группе с применением разработанного комбинированного лечения гнойно-некротических поражений нижней конечности при СД позволила уменьшить время заживления раны на $10,5 \pm 0,4$ суток, по сравнению с контрольной группой. Средняя скорость уменьшения раны составляла $2,9 \pm 1,5$ см² за неделю ($p < 0,01$) в основной группе и $4,4 \pm 1,3$ см² в контрольной. При этом, по лабораторным данным лейкоцитарный индекс интоксикации снизился с $2,7 \pm 0,3$ до $0,5 \pm 0,4$ в основной группе, в то время как в контрольной эта динамика было выражена значительно меньше. Положительные результаты в виде полной эпителизации трофических язв достигнуты у 61 (73,4%) пациентов основной группы и у 92 (50,8%) контрольной и привело к сокращению сроков заживления на $8,4 \pm 0,15$ суток, и снижению сроков нетрудоспособности $23,5 \pm 0,16$ суток по сравнению с группой контроля.

317.СЛУЧАЙ ПОВТОРНОГО СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА

Столяров С.И.

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Спонтанный разрыв пищевода (СРП) встречается редко и составляет 2-3% от всех повреждений пищевода. Приводимые авторами в литературе сообщения не превышают десятков наблюдений. СРП характеризуется большим количеством ошибок и осложнений, сопровождающих, как диагностический процесс, так и лечебный. Несмотря на широкое применение современных методов инструментальной диагностики, вопросы раннего распознавания этого патологического процесса остаются нерешенными. Послеоперационная летальность достигает 25-85%. В доступной литературе мы не встретили случаев описания повторного спонтанного разрыва пищевода. Приводим наше наблюдение. Пациент Я, 56 лет, поступил 21.07.2009 г. с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры тела, слабость из ЦРБ с диагнозом левосторонней эмпиемы плевры. Болен в течение 4 суток. Заболел внезапно, когда после приема алкоголя появились рвота, боли в эпигастральной области и левой половине грудной клетки, повысилась температура тела. При поступлении состояние тяжелое, акроцианоз, одышка в покое (до 34 дыханий в минуту), пульс 116 в минуту, АД 80/55 мм рт.ст., температура 36,20С. Дыхание слева резко ослабленное, тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот мягкий, незначительно болезнен в эпигастрии при глубокой пальпации. Общий анализ крови : эр. 4,7•10¹² /л, Нв 135 г/л, лейкоц. 9,8•10⁹ /л, юн. 1%, п/я 43%, с/я 47%, лимф. 2%, СОЭ 12 мм/ч. ЛИИ 12,5 усл. единиц. На рентгенограмме органов грудной клетки от 20.07.2009 г. картина левостороннего гидропневмоторакса. При рентгенографии пищевода бариевой взвесью выявлено поступление контраста в левую плевральную полость. После кратковременной предоперационной подготовки 21.07.2009 г. выполнена задне-боковая торакотомия в 7-ом межреберье слева. В плевральной полости обнаружено около 600 мл мутного экссудата с фибрином, пищевые массы, бариевая взвесь, утолщение плевры с фибринозным налетом, серо-грязного цвета медиастинальная плевра. Плевральная полость санирована, произведена частичная плеврэктомия, вскрыта медиастинальная плевра, эвакуирован гнойный затек в заднем средостении. При ревизии наддиафрагмального отдела пищевода на левой его стенке обнаружен полный продольный разрыв до 4 см с налетом фибрина по краям. Рана пищевода ушита двухрядными швами. Установлен назогастральный зонд для декомпрессии и питания. Операция была закончена дренированием плевральной полости и средостения. 27.07.2009 г. выполнена гастростомия. На 14 сутки после рентгенографии пищевода водорастворимым контрастом разрешено энтеральное питание. Дренажи из плевральной полости удалены на 16 сутки, гастростомическая трубка на 20 день. В послеоперационном периоде имелось нагноение послеоперационной раны. Пациент был выписан 14.09.2009 г. в удовлетворительном состоянии, им проведено 53 койко-дня. Осмотрен через год, жалоб не предъявляет. Трудоспособен. 08.07.2014 внезапно в 07:00 после рвоты появились боли в грудной клетке, больше слева, одышка, подкожная эмфизема на шее и грудной клетке. Накануне выпил 150 мл водки. Бригадой скорой помощи доставлен в ЦРБ, был госпитализирован в хирургическое отделение. При поступлении состояние

тяжелое, кожные покровы бледные, влажные, «холодный пот» по всему телу. Выраженная одышка в покое. Число дыханий 36 в минуту. Имеется подкожная эмфизема на шее, лице, грудной стенке. Дыхание слева не выслушивается. Тоны сердца приглушены, ЧСС 106 в минуту, АД 85/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в дыхании, при глубокой пальпации болезнен в эпигастрии. Анализ крови : эр. $5,7 \cdot 10^{12}$ /л, Нв 158 г/л, лейкоц. $14,8 \cdot 10^9$ /л, юн. 1%, п/я 34%, с/я 59%, лимф. 4%, СОЭ 18мм/ч. Проведена КТ органов грудной клетки с пероральным контрастированием пищевода водорастворимым контрастом. Обнаружены эмфизема мягких тканей грудной стенки, шеи, средостения, небольшое количество жидкости в обеих плевральных полостях, наличие контраста в средостении и левой плевральной полости. По линии санитарной авиации вызван торакальный хирург. 08.07.2014 г. в 16:00 выполнена лапаротомия, гастростомия. В последующем – левосторонняя задняя торакотомия. В верхних отделах плевральная полость заращена грубыми сращениями. В нижних отделах левой плевральной полости мутный геморрагический экссудат около 300 мл с кислым запахом, пленки фибрина. Медиастинальная плевра в нижних отделах серо-грязного цвета, имбибирована серозно-геморрагической жидкостью, воздухом. Санация плевральной полости антисептиками. Выполнена продольная медиастинотомия в нижних отделах. Измененные участки средостенной плевры, некротические ткани иссечены. На левой задне-боковой стенке наддиафрагмального отдела пищевода обнаружен продольный сквозной дефект до 5 см длиной. Наложены узловые швы атравматическим капроном в 2 ряда на рану пищевода. Пищеводное отверстие диафрагмы расширено, часть кардиального отдела желудка находится в заднем средостении. Операция закончена дренированием средостения и плевральной полости. 17.07.2014 г. пациент для дальнейшего лечения был переведен в хирургическое торакальное отделение БУ «РКБ». После контрольного рентгенологического исследования пищевода с дачей контраста 23.07.2014 г. пациенту разрешено энтеральное питание. 25.07.2014 г. произведено закрытие гастростомы. Дренажи из плевральной полости удалены 27.07.2014 г. В дальнейшем проводилась пункционная терапия ограниченной левосторонней эмпиемы плевры. 04.08.2014 г. проведена ФГС: имеется продольный рубец по левой стенке нижней трети пищевода, признаки недостаточности кардии, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, короткого пищевода. Пациент выписан 28.08.2014 г. в удовлетворительном состоянии. Им проведено 42 к/дня.

318.С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПОВЕРХНОСТНЫМ ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бзовый Ф.А., Касьян Д.А

Кишинёв

ГУМФ

Актуальность В течение последнего десятилетия были проведены многочисленные исследования с целью выяснения роли воспаления в патофизиологии артериального тромбоза, однако связь между воспалением и поверхностным венозным тромбозом не была достоверно доказана. Одним из высокочувствительных лабораторных маркеров воспалительного процесса является С-реактивный белок. Целью данного исследования была оценка уровня С-реактивного белка у пациентов с поверхностным венозным тромбозом нижних конечностей при варикозной болезни. Материал и методы В исследование были включены 30 пациентов с варикозным расширением вен и поверхностным венозным тромбозом нижних конечностей. Средний возраст пациентов составил 60 лет, большинство из них женщины - 17 (56,6%). Диагноз тромбоза поверхностных вен основывался на типичных клинических проявлениях и был подтвержден ультразвуковым дуплексным сканированием. Объем тромботических масс был приблизительно рассчитан по формуле объема цилиндра исходя из диаметра и длины тромбированной вены, определяемых при ультразвуковом исследовании. Забор венозной крови проводили из локтевой вены пациента, а количественный тест на С-реактивный белок выполняли с использованием латекс иммунотурбидиметрического метода. Расчёт площади гиперемии кожных покровов в зоне тромбированных подкожных вен проводили с помощью программы ImageJ®, на основании анализа цифровых изображений. Результаты Тромбоз поражал основной ствол магистральных поверхностных вен конечности и его варикозные притоки в 11 (36%) случаях, а в 19 (64%) случаях – лишь варикозные притоки. Правая и левая конечности были поражены с одинаковой частотой. Временной интервал от начала заболевания до момента поступления больного варьировал от 1 до 7 дней и составил в среднем - $5,03 \pm 1,73$ дней. Результат анализа уровня С-реактивного белка был отрицательным (<10 мг/л) у 16 (53%) пациентов. Медианное значение уровня С-реактивного белка составило 7,0 мг/л (диапазон 0-165 мг/л, 25% -75% IQR 1,75-45,25). Медианное значение объёма тромба составило 9,7 см³ (диапазон 0,5-117,9 см³, 25% -75% IQR 3,6-22). Тест Спирмена показал очень сильную положительную корреляцию ($r = +0,83$) между уровнем С-реактивного белка и площадью гиперемии кожных покровов. В то же время, мы не выявили зависимость уровня С-реактивного белка от интервала времени с момента начала заболевания, а также его достоверной корреляции с объёмом тромботических масс. Обсуждение Уровень С-реактивного белка крови является общепризнанным маркером острой фазы воспаления при различных патологиях. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что приблизительно в половине случаев тромбоз поверхностных вен у больных с варикозной болезнью, сопровождается выраженной воспалительной реакцией, и, как следствие, значимым повышением уровня С-реактивного белка. Независимость маркера воспаления от объёма тромботических масс позволяет предположить, что его повышение преимущественно связано с воспалением кожи и подкожной клетчатки, окружающих варикозные притоки и в меньшей степени обусловлено

реакцией стенки сосуда на наличие тромбоза. Сильная положительная корреляция между уровнем С-реактивного белка и площадью гиперемии кожных покровов, оправдывают использование противовоспалительной терапии в острой фазе поверхностного венозного тромбоза, а также косвенно указывают на нежелательность хирургических манипуляций на мягких тканях конечности на условиях острого воспаления. Выводы и рекомендации Поверхностный венозный тромбоз у больных с варикозной болезнью может сопровождаться значимым повышением С-реактивного белка в сыворотке крови. Необходимо проведение дальнейших исследований с целью изучения динамики маркеров воспаления под влиянием антикоагулянтной терапии, приёма нестероидных противовоспалительных средств, а также после различных типов хирургических вмешательств, выполняемых при тромбозе варикозных вен.

**319.МНОГОЭТАПНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И МЕТОД ТЕРАПИИ
ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ
РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ТЯЖЕЛЫМ СЕПСИСОМ
И СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ**

Демко А.Е., Шляпников С.А., Батыршин И.М., Синенченко Г.И., Суров Д.А.

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

Актуальность Тяжелый разлитой перитонит, осложненным тяжелым сепсисом, остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Сохраняющийся высокий уровень летальности, достигающий 70- 90% определяет необходимость совершенствования подходов в комплексной терапии. Реализация принципов многоэтапной хирургической тактики – сокращение объема первичной операции с последующей стабилизацией основных параметров пациента и отсроченная окончательная санация источника – основной современный тренд в лечении этой категории больных. Возможность использования методики терапии отрицательным давлением в качестве временного закрытия лапаростомы позволяет в значительной степени реализовать эти принципы. Рекомендации World Society of Emergency Surgery (Dublin, 2016) основаны на данном подходе. Материалы и методы За трехлетний период в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе было прооперировано 16 больных с тяжелым разлитым перитонитом (MPI > 29), осложненным тяжелым сепсисом и септическим шоком, в комплексном лечении которых применялись вакуум-ассистированные повязки и принцип этапности лечения. В ходе первичного вмешательства объем ограничивался только санацией очага с целью прекращения поступления инфицированного субстрата в брюшную полость. Для временно закрытия брюшной полости использовали коммерческие абдоминальные наборы. После стабилизации гемодинамических показателей выполнялся полный и окончательный объем оперативного вмешательства для санации источника

перитонита. Результаты лечения данной категории больных были проанализированы по следующим показателям: летальность, длительность госпитализации, частота нагноения лапаротомной раны, частота развития острых язв. Полученные данные сопоставили с аналогичными у больных с традиционной хирургической тактикой в отношении тяжелого разлитого перитонита (n=14) с выполнением лапаротомии полного объема и в последующем выполнением релапаротомии по требованию. По тяжести состояния, измеренной по шкалам SOFA, статистически значимых различий в обеих группах не было – основная группа 7,8+/-2,3, контрольная 7,1+/-2,8. По MPI - основная 32,6+/-5,1, контрольная 32,1+/-5,3. Обе группы - контрольная и основная признаны репрезентативными (p>0,05). В основной группе мужчин - 9(56%), женщин - 7(44%), в контрольной также преобладали мужчины - 9(64%), женщин - 5(36%). Средний возраст в основной группе составил 58+/-16, в контрольной - 61,3+/-13,8. По источнику развития перитонита преобладали пациенты с осложненным течением рака толстой кишки в обеих группах, в основной - 5(31%), в контрольной 6(43%). Результаты 1. Уровень летальности в основной группе составил 8(50%), в контрольной 10(71%). 2. Длительность госпитализации в основной группе 67+/-24,6 против 34+/-10,9 суток в контрольной. 3. Нагноение лапаротомной раны в основной группе развилось у 4(25%), в контрольной у 7(50)% 4. Частота формирования острых язв в группе, где применялась терапия отрицательным давлением - 4(25%), в контрольной группе - 8(57%). Выводы 1. Применение систем отрицательного давления в комплексном лечении больных с тяжелым разлитым перитонитом показывает положительные результаты в плане снижения уровня летальности (p<0,05). 2. Выявлено достоверное увеличение сроков госпитализации при применении системы локального отрицательного давления. Это связано со снижением летальности и увеличением, следовательно, продолжительности жизни пациента (p<0,05). 3. Благодаря эффектам локального отрицательного давления на мягкие ткани передней брюшной стенки отмечается достоверное снижение частоты развития инфекции лапаротомного доступа у данной категории больных (p<0,05). 4. Частота развития острых язв при применении вакуум-ассистированной лапаротомии в лечении разлитого перитонита достоверно ниже (p<0,05).

320.ОПЫТ МНОГОЭТАПНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЦАМИ

*Демко А.Е., Шляпников С.А., Кулагин В.И., Луфт В.М., Насер Н.Р., Батыршин И.М.,
Остроумова Ю.С., Склизков Д.С.*

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

Актуальность Свищи желудочно-кишечного тракта являются актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии. Уровень смертности у таких пациентов составляет 5-20%, а в случае несформированных свищей достигает 66%. Материалы и методы В процессе

накопления опыта нами была выработана тактика комплексного подхода в лечении больных с несформированными кишечными свищами. Она состоит из 2 этапов. I этап включает в себя: лечение и профилактику инфекционных осложнений, нутритивно-метаболическую терапию, местное лечение раны. Задача I этапа – заживление свища, либо перевод из несформированного в сформированный за счет восстановления трофологического статуса и купирования инфекционных процессов. В случае незаживления свища, I этап рассматривается как подготовительный. Второй этап, реконструктивно-восстановительный, предусматривает выполнение оперативных вмешательств, направленных на устранение сформированного свища не ранее чем через 3 месяца. В период с 2014 по 2017 год в СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе по выработанному протоколу было пролечено 23 пациента с несформированными кишечными свищами. Среди этих больных преобладали мужчины - 17(74%). Средний возраст составил 52,4+/-14. Основная доля пациентов 18(78%) была переведена из других стационаров города и страны. У большинства больных 21(91%) кишечные свищи развились после повторных операций на органах брюшной полости. Наиболее частым оперативным вмешательством 8(35%), после которого формировались свищи, была операция по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости. По анатомической принадлежности свищей ДПК было 3(13%), тонкой кишки 15(65%), толстой - 5(22%). Среди этих пациентов - 22(96%) с одиночными свищами и 1(4%) пациент с множественными тонкокишечными свищами на одной петле подвздошной кишки. У 3(13%) больных имелись низкопродуцирующие свищи (до 200 мл). Пациентов со свищами средней продукции (200-500 мл) также было 3, с высокопродуцирующими - (> 500 мл) - 17(74%). Течение заболевания у 19(82,6%) больных осложнилось сепсисом. Результаты С целью диагностики жидкостных образований брюшной полости всем пациентам выполнялись УЗИ и КТ с 2-м контрастированием. Дренирование или пункция под УЗИ контролем выполнено у 4(17,3%) пациентов. Во всех случаях дренирование было эффективным. Нутритивно-метаболическая терапия требовалась всем пациентам. На полном парентеральном питании находился 1(4,3%) пациент, на смешанном - 14(61%), с дополнительным энтеральным - 8(34,7%). При местном лечении ран вакуум-ассоциированная терапия была использована у 8(35%) пациентов. Обтураторы по Колченогову установлены 2(9%) больным. У остальных применялись дренажи и калоприемники. Из 23 пациентов у 20(87%) достигнута стабилизация витальных функций за счет соблюдения принципов консервативного этапа, а у 3(13%) из них удалось добиться полного заживления свищей (2 свища ДПК и 1 тонкокишечный). У остальных 17 больных I этап закончился образованием сформированных свищей. При этом, 2 пациентов отказались от реконструктивной хирургии. Оба выписаны, но периодически требуют проведения нутритивно-метаболической коррекции в условиях стационара. Остальные 15 были прооперированы. Один из них скончался в 1е сутки после реконструктивной хирургии на фоне острого инфаркта миокарда, 14 - выписаны. У 3 других, несмотря на полноценную консервативную терапию, нарастали явления органических дисфункций, что привело к летальному исходу. Таким образом, летальный исход наступил у 4(17,4%) пациентов. Выводы Учитывая тяжесть этой категории больных, преимущество следует отдать малоинвазивным методикам дренирования скоплений жидкости, что позволяет эффективно контролировать внутрибрюшные инфекционные осложнения. Использование терапии отрицательным давлением в лечении больных с несформированными кишечными свищами является эффективной и перспективной методикой, требующей дальнейшего изучения. Применение

комплексного 2-этапного подхода позволяет существенно улучшить результаты лечения пациентов с несформированными кишечными свищами.

321.ЭТАПНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД И АНТИОКСИДАНТЫ В ТЕРАПИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Фуныгин М.С., Демин Д.Б., Солодов Ю.Ю., Гусев Н.С., Кондрашов Н.И.

Оренбург

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Введение Острый панкреатит (ОП) является одним из ведущих urgentных 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. 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 досуточном 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 Применение тиоктовой кислоты в составе комплексной консервативной терапии острого панкреатита и этапного хирургического подхода сопровождается снижением частоты развития панкреонекроза и его инфицирования. Тиоктовая кислота в комплексе с этапным хирургическим подходом позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов с острым панкреатитом.

322.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ

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

Оренбург

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

Острый аппендицит одно из самых распространенных острых хирургических заболеваний. 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 2013-2016 гг. по поводу острого аппендицита выполнено 115 лапароскопических операций. В 103 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 11 пациентов по поводу острого флегмонозного аппендицита, у 8 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, осложнения со стороны раны, а значит и затраты на лекарственные препараты, что позволяет считать эту операцию оправданной и с экономической точки зрения. Также лапароскопическая аппендэктомия в полной мере соответствует современной концепции «fast-track surgery», позволяющей достичь лучших клинических результатов с максимальным экономическим эффектом.

323.ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ

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

Оренбург

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

Перфоративная язва - тяжелейшее осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, приводящее к развитию перитонита. 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 13 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 полностью соответствует принципам малоинвазивной хирургии, применение лапароскопии при подозрении на перфорацию в ранние сроки позволяет избежать напрасных лапаротомий при другой острой хирургической патологии, что позволяет достичь лучших клинических результатов.

324. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В УСЛОВИЯХ БСМП

Червонцев С.В., Шахматов К.Л., Павлов Ю.В.

Тверь

ГБУЗ "Клиническая больница скорой медицинской помощи"

Актуальность Злокачественные опухоли органов гепатопанкреатобилиарной зоны составляют 5,4% в структуре онкологической заболеваемости России. При опухолях этой области механическая желтуха встречается у 80% пациентов. Хирургические вмешательства у больных МЖ, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 20-22%. При доброкачественном поражении внепеченочных желчных протоков в 20% случаев заканчиваются наложением обходных билиодигестивных анастомозов. При злокачественном поражении панкреатодуоденальной зоны количество подобных операций увеличивается до 70-80%. Цель Улучшение оказания помощи больным с синдромом механической желтухи путём оптимизации хирургической тактики. Материалы и методы С 2014 по 2016 год в ГБУЗ «КБСМП» г. Твери пролечено 207 больных с синдромом МЖ. Из них холедохолитиаз составил 101 случай (48,8%) Опухоли ПДЗ 106 случаев из них рак головки поджелудочной железы-86 (81,1%), рак внепечёночных желчных протоков 20 (18,9%) Миниинвазивное дренирование желчных протоков выполнено 78 больным при МЖ вызванной опухолью ПДЗ, что составило 73,6 % Чрескожная чреспечёночная холангиостомия-41 пациент, холангиостомия с наружно- внутренним дренированием-22 пациента. Стентирование желчных протоков 22 пациентам. Антеградное-17, ретроградное-5. Чрескожная чреспечёночная холецистостомия-15 пациентов Обходной билиодигестивный анастомоз-23 (21,7%) Наружное дренирование внепечёночных желчных протоков-3 (2,8%) Диагностическая лапаротомия-1 (0,9%) ЭРХПГ ЭПСТ литоэкстракция при холедохолитиазе-79 пациентам, что составило 78,2% от общего числа больных с холедохолитиазом. В дальнейшем выполнена ЛХЭ через 1 месяц 52 больным 65,8% от общего числа больных, которым проведено ЭПСТ. Открытая холецистэктомия, холедохолитотомия и

дренирование по Керу проведена- 13 пациентам (12,8%) ХДА- 9 пациентов 8,9% Результаты Мы придерживаемся двухэтапной тактики лечения МЖ. При МЖ, вызванной опухолью ПДЗ первым этапом проводим наложение холангиостомы либо наружно-внутреннее дренирование, что позволяет восстановить отток желчи в ДПК и уменьшить наружные потери желчи. Мы отдаем предпочтение холангиостомии, так как только в этом случае возможно в последующем проведение стентирования желчных протоков. После чрескожной чреспечёночной холецистостомии 4 пациентам выполнена радикальная операция, 7 пациентам наложен обходной анастомоз, 4 пациента умерли от нарастающей почечно-печёночной недостаточности. Больным, которым проведена холангиостомия (41 пациент) в 22 случаях выполнено стентирование желчных протоков. Летальные исходы связаны с осложнениями: миграция дренажа- 6 (умерло 4) внутрибрюшное кровотечение-2 (умер 1) Количество лапаротомий на фоне осложнений -8 Виды операций: -терминолатеральный гепатикоеюноанастомоз -2(умерло 0) - наружное дренирование ОЖП - 1 (умерло 0) - лапаротомия, санация дренирование брюшной полости, гемостаз- 5 (умерло 5) При желтухе связанной с холедохолитиазом первым этапом является ЭПСТ и литоэкстракция в дальнейшем проведена ЛХЭ. Выводы: 1. В лечении синдрома МЖ необходимо придерживаться этапности , направленной на снижение операционной агрессии. 2. При механической желтухе вызванной опухолью ПДЗ предпочтительнее наложение холангиостомы или проведения наружно-внутреннего дренирования. 3. Стентирование желчных протоков в полной мере является альтернативой билиодигестивному анастомозу. 4. Необходима организация службы, занимающейся миниинвазивными технологиями под УЗИ и рентген контролем с использованием внутрисветовой эндоскопии. Список сокращений: - МЖ- механическая желтуха - ПДЗ-панкреатодуоденальная зона - ЭРХПГ-эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатикография - ЭПСТ- эндоскопическая папилосфинктеротомия - ХДА- холедоходуоденоанастомоз - ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия - ОЖП- общий желчный проток - ДПК- двенадцатиперстная кишка - БДС- большой дуоденальный сосочек

325.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

*Коссович М.А., Колышев И.Ю., Майорова Ю.Б., Пастухов Д.В.,
Нечаенко А.М., Провоторов Ю.А., Распопов Д.С.*

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России

До настоящего времени остается актуальным вопрос о тактике ведения пациентов с острым калькулезным холециститом (ОКХ). Цель работы. Изучить результаты лечения больных ОКХ в зависимости от сроков выполненной операции. Материалы и методы. В ФНКЦ ФХМ ФМБА России за период с января по июнь 2017 года было госпитализировано 98 пациентов с ОКХ без

холедохолитиаза. Средний возраст больных составил $62,4 \pm 6,5$ года. Женщин было 89 (90,8%), мужчин – 9 (9,2%). У 9 пациентов (9,2%) риск оперативного вмешательства был крайне высоким (ASA IV), в связи с чем им было выполнено наложение холецистостомы под контролем УЗИ. Остальные пациенты были разделены на 4 группы. Группа А – 15 больных (16,9%), у которых были диагностированы деструктивные формы ОКХ, в ряде случаев с развитием перитонита. Эти пациенты были оперированы через 2–4 часа после поступления. Группа В – 21 пациент (23,6%). Вмешательство произведено в течение 48–72 часов от момента начала заболевания. Группа С – 27 больных (30,3%), которые оперированные в сроки 7–12 суток от появления первых симптомов заболевания. Группа D – 26 пациентов (29,2%), прооперированных через 2–3 месяца при повторной госпитализации. При этом фиксировали продолжительность операции, технические особенности вмешательства, длительность госпитализации и частоту послеоперационных осложнений. У подавляющего числа больных была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Результаты. В группе пациентов, перенесших холецистостомию в 1 случае отмечено внутрибрюшное желчеистечение, не потребовавшее повторной операции. У всех пациентов удалось достичь положительного клинического эффекта. В последующем 3 больным была выполнена плановая ЛХЭ после предоперационной подготовки в терапевтическом отделении. Остальным больным холецистостома была удалена через 14–21 день. В группе А длительность операции составила $70,5 \pm 20,1$ мин, осложнения развились у 5 больных (33,3%): у 3 больных (20,0%) отмечено нагноение раны, у 1 пациента (6,7%) – серома в области умбиликального доступа, у 1 больного (6,7%) – отграниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря. Еще у 1 больной (6,7%) с нагноением раны развилась пневмония. Койко-день составил $13,2 \pm 6,4$ сут. В группе В продолжительность ЛХЭ была $63,2 \pm 10,4$ мин, осложнения наблюдались у 6 пациентов (28,6%): нагноение раны – у 3 (14,3%), серома – у 1 (4,8%), отграниченное скопление жидкости в области ложа желчного пузыря – у 2 (9,5%). В этой группе у 9 больных (42,9%) интраоперационно отмечен рыхлый инфильтрат, у 1 (4,8%) – перивизукулярный абсцесс. Средний койко-день составил $7,8 \pm 2,3$ сут. В группе С длительность операции составила $80,4 \pm 10,3$ мин, осложнения развились у 7 больных (25,9%): нагноение ран – у 1 (3,7%), отграниченные скопления жидкости в ложе желчного пузыря – у 4 (14,8%), в 1 случае (3,7%) – желчеистечение из ложа желчного пузыря, не потребовавшее повторной операции, еще у 1 пациентки (3,7%) развилось кровотечение из ложа желчного пузыря, остановленное лапароскопически. Интраоперационно у 9 больных (33,3%) отмечен плотный инфильтрат, у 3 (11,1%) – рыхлый инфильтрат, у 3 (11,1%) – эмпиема желчного пузыря. Средний койко-день – $15,2 \pm 3,4$ сут. В группе D в отдаленные сроки из 26 больных оперировано только 14 пациентов (53,9%). Длительность операции была $45,7 \pm 7,9$ мин. Осложнений не было. Лишь в 1 случае (3,9%) интраоперационно выявлена водянка желчного пузыря. Средний койко-день составил $4,3 \pm 1,2$ сут. Летальных исходов не было ни в одной группе. Заключение. В группах А и В результаты лечения практически одинаковы. Наибольшие технические сложности возникли у больных группы С, а лучшие показатели зафиксированы у больных группы D. В последней группе на операцию явились около половины пациентов. Таким образом наиболее благоприятными сроками для выполнения оперативного вмешательства при ОКХ являются первые 48–72 часа от начала заболевания или, при положительном эффекте от консервативной терапии, – через несколько месяцев, однако при этом необходимо учитывать комплаентность больных.

326. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ИЗ ДВУХ ДОСТУПОВ

*Коссович М.А., Колышев И.Ю., Провоторов Ю.А., Нечаенко А.М.,
Майорова Ю.Б., Пастухов Д.В., Распопов Д.С.*

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России

В условиях современной хирургии «золотым» стандартом лечения хронического и острого аппендицита, в том числе осложненного перитонитом, является лапароскопическая аппендэктомия (ЛА). Цель. Улучшить косметический эффект и уменьшить болевой синдром у больных аппендицитом путем разработки и внедрения нового способа ЛА. Материалы и методы. Нами предложен способ ЛА из двух доступов, новизна которого заключается в оригинальной установке троакаров для введения инструментов. При выполнении ЛА из двух доступов через умбиликальный доступ вводятся два троакара, которые предназначены для лапароскопа со скошенной оптикой и тракционного зажима, а через надлобковый доступ вводится троакар, который служит для проведения рабочих инструментов и извлечения червеобразного отростка. При наличии перитонита необходимо дренировать брюшную полость трехканальным активным дренажом, который вводится также через надлобковый доступ. В этом случае после операции целесообразно проведение санации брюшной полости по типу программированной регионарной перфузии. Косметический эффект данного способа выполнения ЛА достигается за счет того, что умбиликальный доступ маскируется пупком – естественным рубцом передней брюшной стенки, а надлобковый – расположен ниже линии роста лобковых волос и часто скрыт в кожной складке. Кроме того, всем пациентам накладывается внутрикожных швов. В ФНКЦ ФХМ ФМБА России за период с января по июнь 2017 года попытка выполнения ЛА из двух доступов была предпринята у 57 пациентов. Среди них женщин было 32 (56,1%), мужчин – 25 (43,9%). Пациентов с острым деструктивным аппендицитом было 52 (91,2%), с хроническим (резидуальным и рецидивирующим) – 5 (8,8%). Течение острого воспаления червеобразного отростка у 12 из 32 больных (37,5%) осложнилось развитием перитонита: у 7 – местного и у 5 – распространенного. При хроническом аппендиците у 3 из 5 пациентов в правом боковом канале был выявлен спаечный процесс различной интенсивности, потребовавший выполнения адгезиолизиса. Возраст больных колебался от 18 до 67 лет, индекс массы тела – от 16 до 43 кг/м². Предлагаемый способ ЛА из двух доступов достаточно прост в техническом исполнении, не требует дополнительного эндоскопического оборудования и инструментария, кроме стандартного набора лапароскопических инструментов, применим у людей с различным типом телосложения, имеет довольно хороший косметический эффект вследствие выгодного расположения разрезов на брюшной стенке и использования внутрикожных швов. Результаты. Нами успешно выполнено 57 ЛА с применением предложенного способа без конверсии доступа. Время вмешательства колебалось от 35 до 97 минут. После операции все больные отмечали отсутствие болевого синдрома и хороший косметический результат вмешательства. Все пациенты после выполнения ЛА велись по протоколу Fast Track. При отсутствии перитонита больные выписывались через 2–3 суток, при местном перитоните – через 5–6 суток, при распространенном – через 9–10 суток. Выводы. Предварительное сравнение результатов ЛА из двух доступов с традиционной ЛА показывает отсутствие различий по безопасности.

Косметический эффект операции лучше при выполнении ее из двух доступов. Предлагаемый способ не требует применения специальных инструментов и оборудования, может быть легко воспроизведен, а потому экономически целесообразен. Необходимо дальнейшее накопление опыта для совершенствования технически вмешательства и научного анализа.

327.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАЛИЗАЦИИ ИДЕОЛОГИИ БЫСТРОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

*Коссович М.А., Колышев И.Ю., Пастухов Д.В., Провоторов Ю.А., Майорова Ю.Б., Нечаенко
А.М., Распопов Д.С.*

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России

По данным Национальных клинических рекомендаций по лечению перфоративных гастродуоденальных язв оптимальным вариантом оперативного лечения являются вмешательства, выполненные в срок до 6–12 часов от начала заболевания. Благодаря разработке и внедрению в клиническую практику современных видов малоинвазивной высокотехнологичной хирургической помощи раннее лапароскопическое ушивание перфоративной язвы в вышеуказанные сроки является максимально эффективным и безопасным способом лечения, которое сокращает общее время лечения и реабилитации, уменьшает риск развития послеоперационных осложнений и летальность. Цель работы. Оценить первые результаты лапароскопического ушивания перфоративных гастродуоденальных язв. Материалы и методы. Мы обладаем опытом оперативного лечения 17 пациентов с перфоративными язвами передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 14, женщин – 3. Всем пациентам операция выполнена лапароскопическим способом. При этом 13 пациентам выполнено дренирование подпеченочного пространства и полости малого таза. Время вмешательства колебалось от 95 до 190 минут. Случаев конверсии отмечено не было. Показания к лапароскопической операции: 1. Локализация перфоративного отверстия на передней стенке двенадцатиперстной кишки. 2. Диаметр прободного отверстия до 5 мм. При определении показаний к лапароскопическому ушиванию перфоративной язвы используем прогностическую шкалу Воеу. Она состоит из 3 факторов риска, каждый из которых оценивается в 1 балл: нестабильность гемодинамики при поступлении (систолическое АД менее 100 мм рт.ст.), поздняя госпитализация (свыше 24 ч.), наличие сопутствующих заболеваний (ASA ? 3). Противопоказания к лапароскопической операции: 1. Труднодоступная локализация язвы. 2. Большой диаметр прободного отверстия. 3. Подозрение на малигнизацию язвы. 4. Каллезная язва. 5. Перифокальное воспаление стенки органа более 10 мм. 6. Тяжелый сепсис. 7. Наличие сопутствующих заболеваний и состояний, препятствующих

формированию карбоксиперитонеума. 8. Наличие 2 факторов по прогностической шкале Воеу. Техника лапароскопического ушивания перфоративных гастродуоденальных язв включает следующие компоненты. Через умбиликальный доступ вводится троакар для 30° лапароскопа, в правом и левом подреберьях устанавливаются дополнительные троакары для манипуляционных инструментов. Возможно введение дополнительного троакара в левом подреберье для ретракции печени. Наиболее простым, эффективным и доступным методом является ушивание перфорации однорядными узловыми швами в поперечном направлении. Операция заканчивается адекватной санацией и дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде проводится антибактериальная и противоязвенная терапия. Результаты. Сроки госпитализации при отсутствии перитонита составили 2–3 суток, при местном перитоните – 3–5 суток, при распространенном – 7–10 суток. Средний койко-день пребывания в стационаре составил $4,3 \pm 1,2$. Все больные отмечали отсутствие болевого синдрома и хороший косметический результат операции. В первые сутки после вмешательства пациенты активизировались, самостоятельно ходили и принимали пищу. Заключение. Благодаря существующей внутренней положительной мотивации хирургов к постоянному совершенствованию навыков малотравматичных оперативных вмешательств, а также научному и персонифицированному подходу к лечению пациентов, внедрение в практику лапароскопического ушивания перфоративных гастродуоденальных язв позволило реализовать идеологию ускоренного выздоровления в современной хирургии.

328.К ИСТОРИИ И НАСТОЯЩЕМУ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПЕРИТОНИТА

*Балалыкин А.С.(1,1), Барбадо Мамедова П.А.(1,1), Муцуров Х.С.(3,3),
Шпак Е.Г.(2,2), Гвоздик В.В.(2,2)*

1)Наро Фоминск, 2)Реутов, 3)Грозный

1)Наро Фоминская РБ1, 2)ЦГКБ г. Реутов, 3)Государственный университет г. Грозный

Актуальность. Лапароскопия как метод исследования до конца 60-х годов 20 века не мыслилась при острых хирургических заболеваниях (ОХЗ). В 70-е годы энтузиасты, не являясь руководителями хирургических отделений, преодолели негативизм хирургов и сделали лапароскопию не только методом диагностики, но и выбором способа лечения ОХЗ, в т.ч., осложненных перитонитом. Россия является родоначальницей мировой эндоскопической хирургии этого тяжелого заболевания. Цель. На основании собственного опыта представить краткую историю и место лапароскопии при перитоните. Опыт и обсуждение. Лапароскопия при ОХЗ органов брюшной полости в клинике академика В.С. Савельева внедрена в январе 1970г, причем первые два вмешательства были произведены при закрытой травме живота с повреждением печени и аппендикулярном перитоните у больного с гриппом. Применение лапароскопии было осуждено. Последующие вмешательства при активной позиции В.С. Савельева были предприняты при открытом пельвиоперитоните и панкреатогенном

перитоните (В.М. Буянов, А.С. Балалыкин, 1972). В клинике изменилось отношение к лапароскопии и в последующие десятилетия, особенно с созданием новой эндоскопической техники, она стала методом диагностики и лечения перитонита, в т.ч. гнойного. Методика включала комплекс лапароскопических вмешательств с использованием простейших инструментов – осмотр, прицельное отмывание брюшной полости и малого таза, множественного дренирования, лаважа брюшной полости и холецистостомии при панкреонекрозе (разработана пионером мировой эндохирургии проф. И.Д. Прудковым). Результаты работы были отражены в диссертациях А.С. Балалыкина, А.И. Рабинкова и П.Э. Ванцяна. Создание нового эндоскопического оборудования и инструментов открыло перспективы развития лапароскопической хирургии как альтернативы традиционной хирургии и выполнения операций практически при всех видах заболеваний (аппендицит, холецистит, перфорация полых органов), в т.ч. осложненных гнойным перитонитом. Полное неприятие этого направления ЛХ изменилось благодаря успехам энтузиастов (А.Г. Кригер, О.Э. Луцевич, В.П. Сажин, С.Г. Шаповальянц и др.), ставших руководителями хирургических учреждений и хорошим результатам лечения. Новое направление хирургии стало широко применяться во многих лечебных учреждениях России. Резюме. Современные хирурги, особенно молодые, профессиональные счастливчики, так как имеют возможность использовать не только методы традиционной хирургии, но и лапароскопическую, эндоскопическую и ЭндоУЗИ, что открывает перспективы улучшения результатов лечения самого грозного хирургического осложнения – перитонита.

329.ПРОБЛЕМЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДУОДЕНОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

*Балалыкин А.С.(1,1), Муцуров Х.С.(2,2), Барбадо Мамедова П.А.(1,1),
Шпак Е.Г.(3,3), Гвоздик В.В.(3,3)*

1)Наро Фоминск, 2) Грозный, 3)Реутов

1) Нарофоминская РБ1, 2)Государственный университет г. Грозный, 3)ЦГКБ г.Реутов

Актуальность. Несмотря на анатомо-функциональную сложность дуоденопанкреатобилиарной системы (ДПБС), именно при заболеваниях этой области достигнуты серьезные успехи и внедрены эффективный эндоскопические методы диагностики и лечения. Однако, неудачи эндохирургии (ЭХ) дискредитируют методы и заставляют обозначить нерешенные проблемы, искать причины и общий подход к их решению. Цель. Внутривисцеральная (ВПрЭХ) и лапароскопическая (ЛХ) хирургия внедрена нами в 70-м году (Балалыкин А.С., 1980) и накопленный 40-летний опыт не одной тысячи операций с применением новой эндоскопической техники позволяет нам высказать свой взгляд на проблемы и пути их решения. Проблемы и предложения. 1. Необходимо обоснованное определение выбора тактики, алгоритма и вида операций с позиций их

комплексного применения, характера заболеваний и их осложнений, особенностей техники операций, профилактики и лечения осложнений, то есть необходимо разработать рекомендации. 2. Успех ЭХ определяют опытный врач, знающий хорошо анатомию и клинику, современная рентгеновское и эндоскопическое оборудование, понимание и участие администрации. 3. При изолированном поражении желчного пузыря (ЖП), трудности операции ЛХЭ, опеределаются не воспалением (отечная жидкость помогает препарировать), о чем много пишут, а спаечным процессом вокруг ЖП, который резко изменяет анатомию и опеределает риски (повреждение органов, кровотечение). Пересечение желчных протоков (ЖПР) – основной бич операции ЛХЭ. Профилактика осложнений, кроме прочего, предполагает использование приемов традиционной хирургии (открытой и частичной ХЭ с мукоклазией), использование гибкой эндоскопии, холангиографии, ЭндоУЗИ. Актуальным вопросом является дренирование ЖПР через культю пузырного протока, которое применяется редко и его значение трудно переоценить. 4. Двухэтапная (РХГ, ЭПТ, и т.д., затем ЛХЭ) тактика лечения осложненных сочетанных поражений ЖП и ЖПР является в настоящее время методом выбора в большинстве ЛПУ, она обоснована у пациентов с высоким операционным риском (более 500 операций). Незаслуженно мало применяется одноэтапная тактика – ЛХЭ и лапароскопическая холедохолитотомия (ЛХЛТ), уменьшающая количество осложнений, сроки пребывания пациентов в стационаре и реабилитации (31 операция). В этой тактике – перспектива повышения эффективности эндохирургии при осложненной ЖКБ. 5. Пропущенный при операции ХЭ холелитиаз должен быть только объектом ЭХ с широким внедрением ЛХЛТ. 6. В Чреспапиллярной ЭХ (ЧПЭХ), трудными для решения и спорными являются планирование алгоритма чреспапиллярных операций (ЧПО), нестандартные ситуации, хронический калькулезный панкреатит. 7. Виды ЧПО и их алгоритм должны решаться на основании тщательного изучения рентгенэндоскопической семиотики ДПК и БДС, строения протоковых систем и характера внутрипротоковых изменений. Эти данные позволяют решить вопросы возможностей проведения канюляции БДС, введения различных инструментов и оценить алгоритм лечения заболеваний (крупные камни, стеноз и т.д.) 8. Нестандартные ситуации – это анатомо-функциональные особенности органов ДПБС, которые затрудняют канюляцию устья БДС и введения инструментов даже после ЭПТ, особенности заболеваний (стриктуры, крупные камни, дренажи ЖПР и т.д.) для устранения которых необходимы специальные инструменты и операции. 9. Нестандартные ситуации мы классифицируем как желудочно-дуоденальные, папиллярные, внутрипротоковые и внутривнутрипеченочные. Они в 10-15% наблюдений определяют неудачи ЧПО и восстановления естественного тока желчи, осложнения – 5.7% и летальность - 1.3% 10. Хронический калькулезный панкреатит – нерешенная проблема ЧПО (вирсунготомии, баллонной дилатации, литотрипсии и литоэкстракции), успехи только в 9% наблюдений. Улучшение результатов лечения определяют создание новой техники, комплексность операций и длительное подавление функций поджелудочной железы. Резюме. Актуальна разработка единых подходов к выбору тактики лечения заболеваний ПБС и их осложнений, алгоритма эндоскопических операций, оценки причин и характера осложнений эндоскопической хирургии.

330.ОПТИМИЗАЦИЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР ВЕРХНЕГО ЭТАЖА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Баталова Ю.С. (1,2), Каган И.И.(1) , Нузова О.Б.(1)

Оренбург

1) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение профессионального образования «Оренбургский государственный медицинский университет», Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. В структуре заболеваемости патологии желудочно–кишечного тракта, доля желчекаменной болезни, по данным разных авторов, составляет 50 – 60% среди всех заболеваний гепатобилиарной системы. В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия является «золотым стандартом» лечения больных с желчекаменной болезнью. Цель исследования – улучшение визуализации структур и органов верхнего этажа брюшной полости в зависимости от пространственной ориентации смотрового лапароскопа. Материал и методы. Клинические исследования охватывали 96 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГБУЗ Переволоцкой районной больницы Оренбургской области. Всем пациентам выполняли классическую лапароскопическую холецистэктомию от «шейки», при введении троакаров в стандартных 4 точках. При проведении оперативных вмешательств изучалась анатомия структур верхнего этажа брюшной полости при ведении лапароскопа по отношению к передней брюшной стенке под следующими градусами – 30°,45°,60°,90° в срединном, косом право–латеральном и в косом лево–латеральном положениях. Полученные данные были обработаны с помощью программы «Статистика 6.1». Результаты и их обсуждение. Из оперированных больных мужчин 14 (14,6%), женщин – 82 (85,4%). У 87 (90,6%) больных наблюдалась типичная анатомия структур гепатодуоденальной зоны. В 9 (9,4%) случаях отмечена атипичная анатомия. В четырех случаях (4,2%) пузырная артерия имела рассыпной тип, у трех больных (3,1%) встретился короткий общий печеночный проток, у двух больных (2,1%) имел место дополнительный желчный проток, так называемый ход Люшка. При осмотре верхнего этажа брюшной полости под углом 30 градусов в срединном, косом право–латеральном и в косом лево–латеральном положениях визуализировалась брюшина, передняя поверхность правой доли печени, круглая связка печени, правое и левой поддиафрагмальное пространства. Под углом 45 градусов в срединном, косом право–латеральном и в косом лево–латеральном положениях определялись дно желчного пузыря, правое поддиафрагмальное пространство, большой сальник, круглая связка печени, правая и левая доли печени, брюшина, передняя стенка желудка, левое поддиафрагмальное пространство, брюшина. Под углом 60 градусов – круглая связка печени, большой сальник. Под углом 90 градусов во всех положениях был виден только большой сальник. Таким образом, для лучшей визуализации органов верхнего этажа брюшной полости угол введения лапароскопа по отношению к передней брюшной стенке должен составлять 45 градусов, в срединном, косом право–латеральном и в косом лево–латеральном положениях.

331.ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ И ОПЕРАЦИЙ ИНТЕСТИНОЛИЗА ПО ПОВОДУ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кононенко К.В., Наумзада М.Д.З.

Курск

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России

Риск образования спаек брюшной полости после хирургических вмешательств, включающих лапаротомию, по данным некоторых исследователей достигает 70-90%. Применение малоинвазивных доступов и современных атравматичных инструментов не исключает, а иногда и не снижает частоту возникновения спаек. Поэтому актуальным остается вопрос профилактики развития спаек брюшины, как во время оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде. Целью исследования стало изучение динамики количества госпитализаций и операций, связанных с устранением последствий спаечной кишечной непроходимости, в ГБУ КОКБ за период 2013-2016 годов. Методы. Из информационной системы больницы были извлечены данные о пациентах, госпитализированных в отделения общей хирургии и гнойной хирургии с диагнозом «Кишечные сращения с непроходимостью (K56.5)» (согласно МКБ-10). Результаты и обсуждение. В то время как в отделении гнойной хирургии количество госпитализированных больных с 2012 года относительно стабильно и составляет 4-5 пациентов в год, в отделении общей хирургии наблюдается неуклонный рост количества госпитализаций (в 2014 году – на 25% (с 16 до 20 госпитализаций), в 2015 – на 5% (до 21 госпитализации), в 2016 году – на 19% (до 25 госпитализаций)). Общий прирост количества госпитализаций в 2016 году по сравнению с 2013 составил 56%. Доля оперируемых больных в отделении гнойной хирургии существенно не изменилась с течением времени, в то время как в отделении общей хирургии снижается (с 31% в 2013 году до 16% в 2016 году), что, в целом, говорит об увеличении количества больных со спаечной непроходимостью, не требующих оперативного лечения. Выводы. Учитывая, что причиной 70-90% (по данным различных авторов) случаев спаечной кишечной непроходимости без перитонита является послеоперационный спаечный процесс с одной стороны, и, с другой – неуклонный рост доли малоинвазивных операционных вмешательств среди всех операций в хирургических стационарах, можно объяснить описанные выше изменения низкой эффективностью средств профилактики спаечного процесса, в том числе средств малоинвазивной хирургии.

332. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ФОРМ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хмара М. Б., Козлов В.В.

Саратов

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

Проблема острой кишечной непроходимости остается актуальной и в XXI веке. Лечение больных с этой патологией, до сих пор вызывает значительные сложности в неотложной абдоминальной хирургии, сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений и высокой летальностью. Цель исследования: изучить редкие варианты тонкокишечной непроходимости неопухолевого генеза и на основании анализа клинико-инструментальной диагностики и хирургического лечения данной патологии оптимизировать лечебно-диагностическую программу, которая позволит улучшить результаты терапии этих больных и снизить послеоперационную летальность. Материалы и методы: за период с 2012 по 2015гг, в хирургическом отделении 1 Городской клинической больницы Саратова оперировано 18 больных по поводу обтурационной тонкокишечной непроходимости. Из них 10 женщин и 8 мужчин. Возраст пациентов составил от 32 до 83 лет. 7 больных поступили с картиной запущенной кишечной непроходимости, через 2-4 суток с момента развития заболевания. Клиника кишечной непроходимости у них была отчетливой – сильные схваткообразные боли в животе, многократная рвота, отсутствие стула и отхождения газов, метеоризм, «шум плеска», рентгенологические симптомы, тяжелые волевические расстройства. У 10 пациентов симптоматика была менее яркая и проявлялась лишь в умеренных болях, тошноте, затруднении отхождения газов. У одной пациентки, при наличии болевого синдрома, из анамнеза выяснился интересный факт – около 6 месяцев до поступления, больной был установлен интрагастральный баллон для похудения, а за 3 дня до поступления, выполнена неудачная попытка его удаления в одной из частных клиник. Диагноз полной кишечной непроходимости в этой группе пациентов был окончательно поставлен на основании контроля пассажа бария. После предоперационной подготовки различной длительности и интенсивности (в зависимости от сроков и тяжести непроходимости), пациенты были оперированы. Выполнены следующие оперативные вмешательства: лапаротомия, энтеротомия удаление инородного тела, назоинтестинальная интубация – 12; лапаротомия, гастротомия, удаление безоара желудка и фрагментация с низведением безоаров тонкой кишки в толстую – 6. В 10 случаях в качестве основы инородного тела выступал фитобезоар (волокна хурмы и апельсина), в 7 случаях - желчные конкременты, в 1 случае – резиновый гастральный баллон. У большинства пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Был 1 летальный исход (5,5%) у пациента 83 лет от острого нарушения коронарного кровообращения в 1-е послеоперационные сутки. Вывод: среди причин обтурационной тонкокишечной непроходимости неопухолевого генеза преобладают фитобезоары и желчные камни. Активная своевременная хирургическая тактика позволяет избежать высокой летальности в послеоперационном периоде.

333. БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭРХПГ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СЛОЖНЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Михин А.И., Орлов С.Ю., Сажин А.В.

Москва

РНИМУ им.Н.И. Пирогова

Актуальность. По данным ВОЗ в настоящее время отмечается рост продолжительности жизни, в то же время холедохолитиаз (ХЛ), а также послеоперационные осложнения билиарной хирургии все чаще встречаются у пожилого населения, в связи с чем частота выполнения ЭРХПГ у этих пациентов постепенно нарастает. Эндоскопическое удаление желчных конкрементов возможно у 85-90% пациентов после сфинктеротомии в сочетании со стандартной литоэкстракцией корзинкой Dormia, в 10-15% случаев извлечь конкременты с помощью стандартных методов невозможно (Stefanidis G. et al., 2012). Выполнение ЭРХПГ сопряжено с риском осложнений у 5%-10% и летального исхода у 0,3%-0,5% пациентов. Эти риски увеличиваются у пожилых людей, поэтому жизненно важно правильно оценивать вероятность осложнений ЭРХПГ и планировать этапы лечения пациентов со "сложным" ХЛ. Многие авторы используют термин "сложный" ХЛ при крупных конкрементах, считая их таковыми, при размере более 10-15 мм. Фактически термин "сложный холедохолитиаз" может быть применен в случае множественных, расположенных во внутривнутрипеченочных желчных протоках, бочкообразных, фиксированных желчных конкрементах. Стриктура ниже уровня конкремента, стеноз интрапанкреатического отдела общего желчного протока или анатомически трудный доступ к БДС являются условиями, которые увеличивают количество неудачно выполненных вмешательств. В общем, только небольшое количество "сложных" камней являются крупными. Материал и методы. В период с 2010 по 2017 год в клинике находились на лечении по поводу ХЛ 239 пациентов (183 женщин, 56 мужчин) старше 75 лет (средний возраст 81,9 лет). Из 239 пациентов, у 148 (61,9%) выявлен "сложный" ХЛ. Диагностический алгоритм у больных с ХЛ включал клиничко-лабораторное обследование, УЗИ, по показаниям МРХПГ или эндосонографию, завершающим методом являлась ЭРХПГ. Для оценки сложности предстоящего вмешательства считаем целесообразным применение недавно разработанной шкалы градации сложности эндоскопических вмешательств Cotton, согласно которой ЭРХПГ подразделяется на уровни сложности от 1 (простой) до 4 (самый сложный). Другой важный фактор, который влияет на успех выполняемой манипуляции - это общее состояние пациента. Для градации пациентов по тяжести состояния и оценки вероятности развития осложнений применима классификация Американского общества анестезиологов (ASA). Повышенный класс ASA служит предиктором осложнений эндоскопических вмешательств. Результаты и обсуждение. Всем 239 пациентам выполнена ЭРХПГ и ЭПСТ. Литоэкстракцию, литотрипсию, либо стентирование холедоха выполняли в зависимости от характеристик ХЛ, анатомических особенностей перипаиллярной области, взаимоотношений конкрементов и ширины дистального отдела желчного протока, а также общего состояния пациента. У 48 из 148 (32,4%) пациентов со «сложным» ХЛ с высоким уровнем сложности вмешательства и высоким риском развития осложнений лечение холедохолитиаза выполнили этапно. Установка билиарного стента, в качестве первого этапа, позволила избежать у них экстренных оперативных вмешательств и выполнить отсроченную

литоэкстракцию, после стабилизации состояния. Из 239 пациентов старческого возраста перенесших ЭРХПГ по поводу ХЛ, у 12 (5%) развились осложнения, летальный исход был отмечен в 5 (2,2%) случаях. Выводы. Этапная тактика лечения больных старческого возраста со “сложным” ХЛ и выраженной сопутствующей патологией является оптимальным и безопасным вариантом эндоскопического лечения

334. ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА С ПОМОЩЬЮ ОРИГИНАЛЬНОЙ КЛИНИКО-СОНОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ШКАЛЫ

Каминский М.Н. (1), Вавринчук С.А. (2)

Хабаровск

1) ДКБ на ст. Хабаровск-1 ОАО "РЖД" 2) ДВГМУ

Введение. Не секрет, что нестандартизованная диагностика ОА субъективна, зависима от знаний, опыта, интуиции, мануальных навыков, психологического состояния хирурга. Основной идеей применения диагностических шкал острого аппендицита является нивелирование влияния субъективного фактора на установку диагноза ОА. Однако приводимые шкалы разрабатывались для диагностики ОА с учетом так называемых «катаральных» форм, которые, как справедливо замечают некоторые авторы, не являются истинным проявлением ОА, как заболевания, и не являются показанием к удалению червеобразного отростка. В своем исследовании нами была предпринята попытка разработки оригинальной клиничко-соноскопической диагностической шкалы для диагностики именно острого деструктивного аппендицита (ОДА). Материалы и методы. В проспективное исследование включен 201 пациент. Минимальный возраст обследованных составил 18 лет, максимальный возраст 87 лет. Средний возраст пациентов $34,9 \pm 15$ лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,4. У 85 (42,3%) пациентов диагностирован ОДА, у 116 (57,7%) пациентов этот диагноз был исключен. Были проанализированы клинические, лабораторные и соноскопические признаки, встречавшиеся при ОДА, в сравнении с подгруппой пациентов без соответствующей патологии. Отобранные признаки были подвергнуты многофакторному анализу с использованием логистической регрессии. Выделены признаки, оказывавшие наибольшее взаимное влияние в разработанной модели, в результате чего была разработана клиничко-соноскопическая шкала для диагностики ОДА (КСШ ОДА) (патент на изобретение RU 2587649 С1). Результаты. На основании разработанной КСШ ОДА выработан алгоритм ее применения при обследовании пациентов. При поступлении в стационар пациентов с болью в правой подвздошной области проводится оценка факторов КСШ ОДА, суммирование полученных баллов: положительный симптом Кохера: + «плюс» 1,5 балла; положительный симптом Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области: + «плюс» 1,5 балла; положительный симптом Бартомье-Михельсона: + «плюс» 1,5 балла; наличие тошноты и/или рвоты: + «плюс» 1 балл; увеличение количества лейкоцитов в общем анализе крови до

10?109/л и более: + «плюс» 1,5 балла; соноскопическое выявление аппендикса диаметром более 7 мм: + «плюс» 2 балла; несжимаемость аппендикса по данным УЗИ + «плюс» 1 балл; утолщение периаппендикулярной клетчатки: + «плюс» 1 балл; копролит в просвете аппендикса: + «плюс» 1 балл; наличие ультразвуковых признаков неаппендикулярной острой патологии брюшной полости и/или соноскопическое выявление сжимаемого аппендикса, диаметром менее 7 мм: – «минус» 3 балла. При присвоении оценки <2,5 баллов - диагноз ОДА исключается, при присвоении оценки 3 балла и более – диагноз ОДА высоковероятен, показано выполнение аппендэктомии. При присвоении оценки 2,5 балла диагноз деструктивного ОДА возможен – показано проведение диагностической лапароскопии. Получены следующие результаты оценки эффективности КСШ ОДА: чувствительность 94,1% , специфичность 73,8%, точность: 79,6%. Размер «серой зоны» КСШ ОДА (доля неопределенных результатов метода, не позволяющих однозначно высказаться о наличии или отсутствии ОДА, к общему количеству обследованных пациентов) составил 7,7%. Сравнительный анализ КСШ ОДА и нестандартизованной клиничко-соноскопической диагностики показал статистически значимо большую чувствительность КСШ ОДА (94,1% и 80,4%, $\chi^2 = 4,32$; $p < 0,05$), меньший размер «серой зоны» у КСШ ОДА (7,7% и 15,5%, $\chi^2 = 5,28$; $p < 0,05$). Выводы 1. Разработанная клиничко-соноскопическая шкала является высокоинформативной в диагностике ОДА. 2. КСШ ОДА может быть рекомендована в качестве эффективного стандартизованного метода диагностики ОДА.

335.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*Альянов А.Л. (1,3), Мамошин А.В. (1,2,3), Борсуков А.В. (2),
Мурадян В.Ф. (1,3), Аболмасов А.В. (1,3)*

1) Орёл; 2) Смоленск

- 1) ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»;
- 2) ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
- 3)БУЗ "Орловская областная больница"

Актуальность. Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнёнными синдромом механической желтухи, продолжает оставаться актуальным в настоящее время. При этом наряду с ретроградными, всё чаще применяются антеградные методы декомпрессии желчевыводящей системы. Материал и методы. В 2010–2016 гг. под нашим наблюдением находилось 373 пациента с доброкачественными и злокачественными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными синдромом механической желтухи. Доброкачественная этиология механической желтухи диагностирована у 96 (25,7%) больных, онкологические заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны у 277 (74,3%)

пациентов. В группе доброкачественных заболеваний, послуживших причиной механической желтухи, были выявлены: холедохолитиаз у 72 (75%) больных; рубцовые стриктуры желчных протоков у 19 (19,8%) больных; ятрогенное повреждение общего желчного протока во время лапароскопической холецистэктомии – у 5 пациентов (5,2%). Среди злокачественных заболеваний, причины механической желтухи распределились следующим образом: рак головки поджелудочной железы – у 160 (57,8%) больных, холангиокарцинома общего желчного протока – у 42 (15,2%) пациентов, холангиокарцинома проксимальных желчных протоков – у 18 (6,5%) больных, рак желчного пузыря – у 13 (4,7%) пациентов, рак БСДК – у 11 (4%) пациентов, регионарное метастазирование – у 32 (11,6%) больных, рак двенадцатиперстной кишки – у 1 (0,4%) пациента. Результаты. В каждом случае первоначально было выполнено антеградное наружное дренирование желчевыводящих путей под сонофлуороскопическим контролем с уточнением уровня и степени блока. Всего выполнено 486 миниинвазивных вмешательств. После снижения уровня билирубина, дообследования и стабилизации состояния пациентов решался вопрос об открытом оперативном лечении, переводе наружной холангиостомы в наружно-внутреннюю или об антеградном эндобилиарном стентировании. Для ряда пациентов выполненные антеградные вмешательства стали окончательным видом хирургического лечения, направленным на улучшение качества жизни. Распределение вида миниинвазивных вмешательств у больных с доброкачественными заболеваниями было следующим: наружная холангиостомия – 77,6%; наружно-внутреннее дренирование протоков 7,7%; антеградная баллонная пластика – 12,9%. При холедохолитиазе выполнялись: в 72 случаях (62%) наружная холангиостомия, в 4-х случаях (3,4%) произведено наружно-внутреннее дренирование. У пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков были выполнены: в 13 случаях (11,2%) наружная холангиостомия, наружно-внутреннее дренирование в 5 (4,3%) случаях, антеградная баллонная пластика в 15 случаях (12,9%). При ятрогенном повреждении общего желчного протока в 5 случаях (4,3%) была выполнена наружная холангиостомия. У больных со злокачественными заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны выполнены следующие вмешательства: наружная холангиостомия – 62,4%; антеградное эндобилиарное стентирование – 23,5%; наружно-внутреннее дренирование протоков – 11,3%; антеградная баллонная пластика – 0,5%; чрескожно-чреспечёночная микрохолецистостомия – 2,2%. Осложнения после проведённых миниинвазивных вмешательств возникли в 81 случае, и были связаны у 41 пациента (11%) с дислокацией холангиостомического дренажа; в 12 случаях (3,2%) с развившимся острым холециститом; в 8 случаях (2,3%) с острым панкреатитом; у 13 пациентов - с гидротораксом (3,5%); у 5 пациентов - с околопечёночной билемой (1,3%). Летальный исход возник у 27 больных (7,2%) и был обусловлен прогрессированием полиорганной недостаточности. Выводы. Миниинвазивные технологии при синдроме механической желтухи, являются современным и эффективным методом декомпрессии желчных протоков, позволяющим своевременно уточнить этиологический характер заболевания, эффективно купировать билиарную гипертензию и определить дальнейшую тактику лечения пациентов.

336. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ РАНАМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Нузова О.Б., Смолягин А.И., Стадников А.А., Колосова Н.И.

Оренбург

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение профессионального образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Проблема лечения гнойной инфекции у лиц, страдающих сахарным диабетом, не теряет своей актуальности в связи с неуклонным ростом числа больных данной категории. Нарушение иммунного статуса является одной из патогенетических звеньев каскада патологических процессов при гнойных процессах у этих больных. Цель исследования – определение показателей клеточного иммунитета у больных сахарным диабетом при разных способах лечения гнойных ран. Материал и методы. Клинические исследования охватывали 46 больных с гнойными ранами нижних конечностей на фоне сахарного диабета. Изучение лечебной эффективности сочетанного местного применения милацила и КВЧ – терапии проведено у 23 больных основной группы (1гр.). Контролем служили 23 аналогичных больных, у которых лечение гнойных ран включало использование только милацила (2гр.). Оценка результатов лечения больных основной и контрольной групп проводилась на основании изучения общего состояния пациентов и данных местного течения процесса. Иммунный статус у 46 больных определялся по параметрам клеточного иммунитета. Субпопуляционный состав лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+) был изучен в реакции иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител. Полученные данные были обработаны на ЭВМ с помощью программы «Статистика 6.1». Результаты. Длительность пребывания больных 1гр. в стационаре составляла $13,2 \pm 0,21$ дня, у пациентов 2 гр. – $18,2 \pm 0,21$ дня. Клинические данные о наиболее позитивном воздействии на заживление гнойных ран местного сочетанного использования милацила и КВЧ–терапии подтверждены иммунологическими исследованиями. Изучение иммунного профиля показало ряд существенных изменений иммунологических показателей по сравнению с таковыми у практически здоровых лиц. Это проявилось уменьшением относительного содержания лимфоцитов, их субпопуляций (CD3+, CD4+, CD8+). Относительное содержание лимфоцитов у пациентов 2гр. составляло $19,69 \pm 0,4\%$ (при норме $35,33 \pm 0,62\%$). Аналогичный показатель у пациентов 1гр. – $19,92 \pm 0,62\%$. По окончании лечения у пациентов 2 гр. количество лимфоцитов увеличилось до $33,49 \pm 0,61\%$, а у больных 1гр. аналогичный показатель увеличился до $35,08 \pm 1,65\%$. У больных 2гр. содержание CD3 лимфоцитов при поступлении составляло $52,92 \pm 0,8\%$ (при норме $62,61 \pm 0,74\%$). Соответствующий показатель у пациентов 1 гр. – $51,17 \pm 0,68\%$. По окончании лечения у пациентов 2 гр. количество увеличилось до $61,83 \pm 1,3\%$, а у больных 1 гр. соответственно аналогичный показатель увеличился до $64,0 \pm 1,35\%$. Относительное содержание CD4 лимфоцитов у больных 2 гр. составило при поступлении $33,17 \pm 0,78\%$ (при норме $42,12 \pm 0,71\%$). Соответствующий показатель у пациентов 1гр. – $32,08 \pm 1,05\%$. По окончании лечения у пациентов 2гр. количество лимфоцитов увеличилось до $41,43 \pm 0,99\%$, а у больных 1гр. соответственно аналогичный показатель увеличился до $44,67 \pm 1,29\%$. У больных 2 гр.

относительное содержание CD8 лимфоцитов при поступлении составляло $18,67 \pm 0,64\%$ (при норме $24,24 \pm 0,43\%$). Соответствующий показатель у пациентов 1 гр. – $19,00 \pm 0,71\%$. По окончании лечения у пациентов 2гр. количество лимфоцитов увеличилось до $23,84 \pm 0,85\%$, а у больных 1гр. соответственно аналогичный показатель увеличились до $25,08 \pm 0,92\%$. У больных 1гр. количество лимфоцитов увеличилось на $76,10\%$, у пациентов 2 гр. аналогичный показатель повысился в меньшей степени на $70,09\%$. У пациентов 1гр. количество CD3+лимфоцитов увеличивалось в результате проведенного лечения на $25,07\%$, у больных 2гр. на $16,84\%$. У пациентов 1гр. относительное количество CD4+лимфоцитов увеличивалось на $39,25\%$, во 2 гр. на $24,90\%$. У пациентов 1гр. относительное количество CD8+лимфоцитов увеличилось на 32% , в меньшей степени аналогичный показатель увеличивался у больных 2гр. на $27,69\%$. Заключение. Таким образом, использование милиацила и особенно в сочетании с КВЧ–терапией положительно влияет на динамику восстановления клеточного звена иммунитета у больных, путем активации Т–лимфоцитов.

337.СУЛОДЕКСИД В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Кондрусь И.В. (1), Селиверстов Д.В. (1,2), Юдин В.А.(1,2),
Масевнин В.В. (1), Новиков Л.А.(1), Зорова И.В.(1)*

Рязань

1. ГБУ РО ОКБ Рязань 2. РязГМУ им. акад. И.П. Павлова

Цель: оценка эффективности влияние сулодексида на кровоток, свертывающую систему крови, течение раневого процесса у больных с диабетической стопой на этапах комплексного хирургического лечения. Материал и методы: сулодексид включен в комплексную терапию у 90 больных, из них с ишемической формой было 20 (22,2%), нейроишемической – 46 (31,11%), нейропатической – 24 (26,67%). Магистральный измененный кровоток был у 60 больных, у остальных коллатеральный кровоток в артериях голени и стопы. Контрольную группу составили 60 больных, рандомизированных по аналогичным группам. Терапию сулодексидом начинали с внутримышечного введения по 600 LRU (1 ампуле) в день в течение 15 дней, затем переходили на пероральный прием препарата по 1 капсуле два раза в день в течение 30 дней. Хирургическое лечение основывалась на принципах активной хирургической тактики. Больным осуществлялась хирургическая обработка гнойно-некротического очага с последующим ранним пластическим закрытием перемещенными лоскутами или аутодермопластикой. В ходе исследования мы оценивали: уровень компенсации углеводного обмена, состояние коагулограммы, УЗДГ артерий нижних конечностей, микробную обсемененность тканей раны. Результаты оценивали на 10 и 30 день лечения. Результаты: за весь период отмечалось снижение уровня гликозилированного гемоглобин- HbA1 с $8,5 \pm 0,2\%$ до $7,3 \pm 0,3\%$. По данным коагулограммы отмечено снижение уровня фибриногена в периферической крови с $7,15 \pm 3,11$ до $4,43 \pm 2,93$ г/л, увеличение АЧТВ с $30,7 \pm 2,7$ сек. до

38,4±1,5 сек, увеличение ТВ с 21,7±4,7 сек до 26,7±3,4 сек. По данным УЗДГ выявлено повышение средней скорости кровотока 0,77 см/с ±0,02 до 1,01 см/с ±0,17, ЛПИ изменялся незначительно, по-видимому за счет влияния препарата больше на микроциркуляторное русло. Нами выявлено, что в группе больных, получавших сулодексид, отмечено более быстрое купирование отека, перифокального воспаления, отграничение гнойно-некротического процесса, появление грануляций в среднем на 5,5±0,6 суток по сравнению с больными, лечение которых проходило традиционными методами. Нам удалось сохранить опорную функцию стопы у 86 больных (95,56%), которым был проведен полный курс терапии сулодексидом. Это стало возможным в виду эффективности консервативной терапии у больных 0 – 2 степенью поражения (14 больных) и малых ампутаций и некрэктомий у больных с 3 – 5 степенью (76 больных). Выполнено вскрытие флегмоны стопы у 20 больных, экзартикуляцией 1 пальца с резекцией головки плюсневой кости у 30 больных, экзартикуляцией более одного пальца с резекцией головок плюсневых костей у 14 больных, трансметатарзальная ампутация стопы у 12 больных. Достаточный уровень кровоснабжения тканей, а также полное купирование гнойно-воспалительного процесса позволили у 60 из 76 (78,9%) оперированных больных с обширными послеоперационными дефектами стопы произвести их закрытие местными тканями, расщепленным кожным лоскутом или комбинацией обоих методов. У 4 больных (4,44%) с ишемической формой диабетической стопы прогрессирование гнойно-некротических изменений не удалось остановить: в связи с развитием обширной гангрены стопы им пришлось произвести ампутацию на уровне верхней и средней трети голени в модификации Института хирургии им. А.В.Вишневского, тогда как в контрольной группе высокие ампутации произведены у 5 больных (8,33%). Выводы: сулодексид является препаратом, применение которого патогенетически обоснованно у больных с различными формами синдрома диабетической стопы. Наш опыт позволяет утверждать, что использование данного препарата в комплексной терапии позволяет у большинства из этих больных создать благоприятные условия для выполнения органосохраняющих операций с сохранением опорной функции нижней конечности и замедлить прогрессирование сосудистых нарушений.

338.ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

*Кондрусь И.В. (1), Селиверстов Д.В.(1,2), Юдин В.А.(1,2),
Везенова И.В.(1), Гришунина Е.А.(1).*

Рязань

1. ГБУ РО ОКБ 2. РязГМУ им. акад. И.П. Павлова

Хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей страдает 2–3% населения. При этом примерно у половины больных имеются тяжелые степени ишемии. На актуальность проблемы диагностики и лечения больных с критической ишемией нижних

конечностей, связанной с тромбоблитери-рующими заболеваниями сосудов указывает тот факт, что ежегодно в развитых странах мира по поводу сосудистой патологии выполняется 1,2–22,0 ампутаций на 100 тыс. населения. Эту операцию приходится выполнять примерно каждому четвертому пациенту с критической ишемией. В нашей клинической практике для определения степени компенсации кровотока используется транскутанный оксиметр производства компании RADIOMETER (Дания). Нормальный уровень кислорода (pO₂) артериальной крови составляет 96–105 мм.рт.ст., уровень углекислого газа (pCO₂) — 35–45 мм.рт.ст. Ультразвуковая ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей, которая активно применяется в диагностике поражений сосудов, не отражает степени компенсации кровотока. Как показывает опыт, даже при коллатеральном кровотоке кровоснабжение конечности может быть компенсированным, субкомпенсированным и декомпенсированным. От характера компенсации кровотока будет зависеть и уровень ампутации. Транскутанная оксиметрия, является оптимальным методом диагностики расстройств кислородного статуса тканей при ишемии конечности различного генеза. На основании данных комплексного клинико-инструментального обследования как у больных с СДС, так и с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, было выявлено три степени нарушения микроциркуляции, а именно: • I степень расстройств микроциркуляции (компенсированный тканевой метаболизм) tсрO₂ > 30 мм.рт.ст.; • II степень расстройств микроциркуляции (субкомпенсированный тканевой метаболизм) tсрO₂ = 20–30 мм.рт.ст.; • III степень расстройств микроциркуляции (декомпенсированный тканевой метаболизм) tсрO₂ < 20 мм.рт.ст. При поступлении больного с клиникой критической ишемии производится оценка микро-и макроциркуляции (УЗДГ, транскутанная оксиметрия) и глубины и объема поражения (пальпация и визуальная оценка раневого дефекта, рентгенография стопы в 2-х проекциях). При компенсированном типе кровотока на стопе (tсрO₂ > 30 мм.рт.ст) производятся малые ампутации с сохранением опорной функции и выкраиванием полнослойных лоскутов с наложением первичного шва (Патент №. 2302217 «Способ ампутации I или V пальца при гнойно-некротических осложнениях гнойно-некротических форм диабетической стопы»). При невозможности выкраивания лоскутов - радикальная некрэктомия с последующим пластическим закрытием раневого дефекта. При субкомпенсированном типе кровотока определяется уровень окклюзии артерий по данным периферической ангиографии. Если диагностируется протяженная окклюзия бедренной артерии производится реконструктивное вмешательство на артериях нижних конечностей, а при локальной окклюзии- эндоваскулярные вмешательства (баллонная ангиопластика, стентирование). При купировании ишемии (tсрO₂ > 30 мм.рт.ст), производят локальные операции на стопе, как и при компенсированном типе кровотока. Если ишемия не купирована, то ампутацию проводят на уровне компенсации кровотока (голень или бедро). При дистальном типе окклюзии и невозможностью сосудистой реконструкции, производят реваскуляризирующую остеотрепанацию большеберцовой кости, поясничную симпатэктомию, сосудистую терапию (рефортан, актовегин, весел дуэ ф, вазопрастан). При купировании ишемии (tсрO₂ > 30 мм.рт.ст), производят локальные операции на стопе, при декомпенсации кровотока- ампутация на уровне компенсированного кровотока. Таким образом, комплексное исследование кровотока у больных с критической ишемией, с использованием УЗДГ, ангиографии, позволяет выявить пациентов, которым показано вмешательство на сосудах нижних конечностей, а метод измерения транскутанного напряжения тканей кислородом позволяет точно определить уровень ампутации.

339. КОМПРЕССИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ЯЗВ В СТАДИИ РЕГЕНЕРАЦИИ

Кондрусь И.В. (1), Селиверстов Д.В. (1,2), Юдин В.А. (1,2).

Рязань

1. ГБУ РО ОКБ 2. РязГМУ им. акад. И.П. Павлова

Цель изучить влияния компрессионной терапии с использованием бинта, пропитанного цинковой массой (Varolast, Paul Hartmann, Германия) на скорость эпителизации у больных с трофическими язвами на фоне венозной недостаточности при варикозной или посттромбофлебитической болезни. Материал и методы: 42 пациент основной группы и 46 пациента группы сравнения с трофическими язвами нижних конечностей. Варикозная болезнь диагностирована 30 (71,43%) и у 32 (69,57%) соответствующих групп, посттромбофлебитическая болезнь - 12 (28,57%) и 14 (30,34%). Основная и группа сравнения сопоставима по полу, возрасту, площади и глубины поражения, сопутствующим заболеваниям. Контроль за фазой течения раневого процесса у больных определяли визуально, с помощью мазков-отпечатков и измерялась площадь раневой поверхности по методу Л.Н. Поповой (1942). Пациентам обеих групп получали комплексное общепринятое лечение. В основной группе во II фазу раневого процесса еженедельно использовали комплексную повязку, состоящую из гидротюля непосредственно на язву, затем бинт вароласт, пеха-хафт и пюттербинт. В группе сравнения проводились перевязки с 5% раствором повидон-йод и пюттербинтом ежедневно. Средняя площадь трофических язв в основной группе составила $4,8 \pm 0,9$ см², в группе сравнения $4,5 \pm 0,7$ см². Результаты: В основной группе у больных трофическими язвами на фоне варикозной болезни эпителизация наступила на $20,97 \pm 7,5$ сутки, в группе сравнения на $35,3 \pm 7,8$ сутки ($p < 0,05$), у больных с посттромбофлебитическим синдромом на $25,5 \pm 6,5$ сутки, в группе сравнения на $37,2 \pm 7,8$ сутки ($p < 0,05$). Выводы: применение компрессионной терапии с использованием гидротюля, бинта вароласт, пеха-хафт и пюттербинта у больных с трофическими язвами на фоне венозной недостаточности позволяет достоверно увеличить скорости заживления язв и время наступления эпителизации. В среднем больным бывает достаточно 2-3 смены повязки на весь курс лечения, что дает хороший экономический эффект и ввиду технической простоты может использоваться в амбулаторной практике для лечения больных с этой патологией.

340. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОГО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.

Щерба С.Н. (1), Половинкин В.В. (1,2)

Краснодар

- (1) ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, ;
(2) ГБУЗ Научно-Исследовательский Институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского

Цель – определить частоту и характер осложнений хирургического лечения рака ободочной кишки, осложнённого острой кишечной непроходимостью, в раннем послеоперационном периоде. Материалы и методы. В 2012 - 2016 годах, в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодара, по поводу рака ободочной кишки прооперировано 1127 пациентов. Согласно критерию включения (хирургические вмешательства, выполненные в экстренном порядке) в исследовании участвовали 116 больных. Из наблюдения исключены 1011 пациентов, оперированные в плановом порядке. Мужчин было 52 человека (средний возраст $64 \pm 5,5$), женщин – 64 (средний возраст $69 \pm 6,3$). Правосторонних гемиколэктомий выполнено 44; левосторонних гемиколэктомий – 25; дистальных резекций сигмовидной кишки – 12; резекций поперечно-ободочной кишки – три; субтотальных колэктомий – 16; колэктомий – 11; симптоматических операций, с наложением разгрузочных колостом – пять. Комбинированные хирургические вмешательства выполнены в 14 (12,1%) случаях, сочетанные – в четырёх (3,4%). Кишечный анастомоз наложен девяти больным (7,8%). В остальных ситуациях, 102 (87,9%) пациентам, формировалась концевая одностольная стома. Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 15 (12,9%) пациентов зафиксированы как интра-, так и экстраабдоминальные осложнения. У одного (0,86%) больного произошла эвентерация (на фоне нагноения лапаротомной раны), потребовавшая хирургического лечения. В двух (1,72%) случаях произошла несостоятельность кишечного анастомоза, которая осложнилась развитием распространённого перитонита, сепсиса и полиорганной недостаточности, на фоне которых наступил летальный исход. Ранняя спаечная кишечная непроходимость, ликвидированная рассечением спаек при релапаротомии, имела место у одного пациента (0,86%). Ещё в одном случае (0,86%) произошёл некроз колостомы, в результате чего была произведена её коррекция и некрэктомия девитализированного участка кишки. У одного больного (0,86%) возникло раннее вторичное внутрибрюшное кровотечение из сосудов брыжейки ободочной кишки, остановленное лигированием при релапаротомии. У двух пациентов (1,72%), ранний послеоперационный период осложнился ТЭЛА. Один из них умер. Общая послеоперационная летальность составила 2,6%. У семи пациентов (6%) в сроки от 2 до 9 послеоперационных суток произошли нагноения лапаротомных ран. Для снижения этого осложнения в нашей клинике система пролонгированного проточно-аспирационного дренирования подкожной клетчатки лапаротомных ран (Патент на изобретение № 2482805; выдан 27.05.13; Бюллетень № 15 от 27.05.2013). Использование этого метода у 68 пациентов, в сравнении с репрезентативной группой из 48 человек, где этот способ не применялся, позволило уменьшить число раневых осложнений с 6 (12,5%) до 1 (1,5%) ($t=2,2$; $p<0,05$). Заключение. Анализ ближайших результатов хирургического лечения рака ободочной, осложнённого острой кишечной непроходимостью, показал, что раннем послеоперационном

периоде основное место занимают осложнения гнойно-септического характера, также преобладающие и среди причин летальности. Почти половина осложнений связана с раневой инфекцией и её последствиями, для борьбы с которой может с успехом применяться, способ пролонгированного проточно-аспирационного дренирования подкожной клетчатки лапаротомных ран, статистически значимо снижающий число послеоперационных нагноений.

341. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Староконь П.М., Пармонов Б.А., Долгих Р.Н., Галик Н.И., Дмитриев Н.В.

Москва

Филиал ВМедА им. С.М. Кирова

Углубленное изучение патогенеза острого панкреатита привело к ограничению показаний к оперативному лечению его деструктивных форм. Основой лечебной тактики определено интенсивное лечение, главным звеном которого является инфузионно-детоксикационная терапия. В патогенезе острого панкреатита важное значение имеет избыточное образование свободнорадикальных соединений. Радикальные формы кислорода обладают выраженным токсическим и прямым деструктивным действием по мере прогрессирования острого панкреатита. Применение препаратов, снижающих выраженность свободнорадикальных реакций патогенетически обоснованно. Многие современные препараты наряду с основным фармакологическим действием обладают и антиоксидантными свойствами, тем не менее количество доказано эффективных антиоксидантов не велико. Одними из перспективных антиоксидантов являются препараты, содержащих супероксиддисмутазу (СОД) – основной фермент антиоксидантной защиты клеток. СОД способна не только нейтрализовать активные формы кислорода и продукты окисления на начальных этапах процессов пероксидации. Исходя из теоретических предпосылок, применение препаратов СОД в комплексном лечении острого панкреатита достаточно эффективно. Патогенетические аспекты применения антиоксидантных препаратов изучали на оригинальной модели панкреатита у лабораторных крыс. Патологический процесс воспроизводили путем дозированного введения в паренхиму поджелудочной железы провоспалительного цитокина интерлейкина-1 β . Интерлейкин-1 β входит в состав препарата «Беталейкин», разработанного в НИИ Особо чистых биопрепаратов (г. Санкт-Петербург). В ходе проведенных исследований установлено, что высокая концентрация интерлейкина-1 β в паренхиме поджелудочной железы вызывает развитие острого панкреатита. При развитии заболевания происходит увеличение концентрации продуктов перекисного окисления липидов во всех органах экспериментальных животных. Мы наблюдали раннее (в течение первых 12 ч.) повышение уровня продуктов ПОЛ, наиболее выраженное в печени и почках экспериментальных животных, что связано с более высоким уровнем микросомального окисления в них. Так, концентрация МДА через 12 ч. увеличилась

на 196,7% в печени, на 109,8% в почках, на 64,5% в легких, на 62,4% в сердце, на 63,9% в селезенке. Концентрация ДК выросла на 44,6% в печени, на 74,5% в почках, на 29,4% в легких, на 40,5% в миокарде, на 45% в селезенке. На более поздних сроках уровень продуктов ПОЛ в тканях увеличивался, однако темпы роста замедлились. Тем не менее, высокие темпы процессов пероксидации приводят к выраженному снижению эндогенных антиоксидантов. Установили, что в течении первых 6 ч. уровень ВГ снизился во всех органах на 83,8% (в печени) - 52,7% (в селезенке). Высокая концентрация продуктов пероксидации на фоне снижения активности антиоксидантной системы привело к развитию деструктивных изменений, как в самой поджелудочной железе, так и в других органах. При морфологическом исследовании образцов поджелудочной железы прослеживалась фазность патологического процесса. В первые 3 ч. развивался отек стромы железы, в процесс вовлекались ацинусы. Через 6-12 ч. поражались сосуды поджелудочной железы, в первую очередь вены. Отмечалась лейкоцитарная инфильтрация и обширные кровоизлияния. Через 12 ч. визуализирована картина гнойно-геморрагического воспаления железы, которое через 24 ч. поразило всю железу и соседние органы. Являясь процессом ферментативным, приводящим не только к накоплению продуктов ПОЛ, но и к аккумуляции специфических метаболитов, действующих через посредников. Процессы ПОЛ патогенетически наиболее важны именно в первые часы после развития заболевания. В связи с этим возникает необходимость применения антиоксидантов на ранних этапах комплексного лечения. В ходе экспериментального исследования установили, что проводимая терапия позволяет в значительной степени снизить активность процессов ПОЛ и восстановить потенциал антиоксидантной системы. Концентрация МДА и ДК в органах животных опытной группы была меньше таковой в контрольной группе на 18 – 26%. В группе контроля падение уровня ВГ достигала 70%. Протективное действие супероксиддисмутазы отмечено и при гистологическом исследовании поджелудочной железы. На ранних стадиях развития заболевания в паренхиме железы животных опытной группы выявлены лишь обратимые изменения. Как и при биохимическом исследовании, существенные отличия морфологической картины выявлены на поздних сроках. Это проявлялось в меньшей степени выраженности некротических изменений. Сосуды и протоки в целом сохраняли свою структурность. Через 24 ч. в поджелудочной железе животных опытной группы визуализировались крупные участки сохранившей свою структуру ткани. Обширных зон панкреонекроза выявлено не было. Изменения в парапанкреатической клетчатке также были менее выражены. Общепринятые стандарты лечения острого панкреатита, применение новых методов детоксикации позволили существенно улучшить результаты лечения острого панкреатита. Однако при его тяжелых деструктивных формах развивается и сохраняется длительная функциональная недостаточность органов, высокий уровень летальности. Значительный вклад в нарушение функции органов и формирование эндотоксикоза при остром панкреатите вносят деструктивные процессы пероксидации. На наш взгляд, предпосылки осложнений закладываются в раннем периоде. Так в первые сутки максимально активизируются процессы ПОЛ. Применение препаратов, снижающих активность процессов пероксидации, протеолиза, активности калликреин-кининовой системы является патогенетически обоснованным и наиболее важно в первые сутки заболевания. При сравнении результатов лечения острого панкреатита в равнозначных группах пациентов установлено, что применение СОД в определенной степени снижает тяжесть заболевания и улучшает прогноз. Сроки функциональных органных расстройств в основной группе составляли в среднем 3,2 сут., в группе сравнения 12,4 сут. Подавление

чрезмерной активации процессов ПОЛ на ранних сроках заболевания позволяет снизить частоту развития осложнений, в первую очередь, гнойно-септических. Гнойные осложнения в основной группе отмечены в 8% наблюдений. В группе сравнения этот показатель составил 51,9%. В нашей работе не отмечено достоверной разницы между частотой формирования ложных кист. В обеих группах этот показатель составил около 50%. Возможно, это связано с тем, что у пациентов обеих групп деструкция ткани поджелудочной железы возникала с одинаковой частотой. У больных, в комплексное лечение которых входила СОД, происходит быстрая нормализация уровня МДА, ДК в периферической крови. Уменьшение содержания ВГ в первые сутки говорит о развитии дефицита потребления, а кратковременность снижения свидетельствует о быстрой нормализации метаболических процессов и снижении интенсивности свободнорадикальных реакций в организме. Исследование уровня АФК до и после введения «Рексода», указывает на эффективность применения препаратов при развитии окислительного стресса у больных с острым панкреатитом. Повышение уровня АФК на следующие сутки объясняется временем элиминации СОД в организме, что свидетельствует о целесообразности непрерывного внутривенного введения СОД. Таким образом, применение препаратов супероксиддисмутазы на ранних сроках развития острого панкреатита является патогенетически обоснованным, уменьшает выраженность и длительность эндотоксикоза, улучшает общий прогноз заболевания.

342. СОЧЕТАНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ (ГРЫЖА АМИАНДА)

Осипов А. В. (1), Демко А. Е. (1), Осипов В. В. (2), Юдин В. А. (2), Камаева В. Ю. (2)

Санкт-Петербург, 2) Рязань

- 1) НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
- 2) ГБУ РО "Областная клиническая больница"

Актуальность: паховая грыжа является одним из самых распространенных хирургических заболеваний. Грыжевой мешок может содержать участки тонкой и толстой кишки, большой сальник и в очень редких случаях червеобразный отросток. Сочетание острого аппендицита было впервые описано французским хирургом, работавшим в Лондоне, К. Амиандом в 1736 году. По данным литературы до 1 % паховых грыж могут содержать червеобразный отросток. При этом только 0,08-0,13% из них осложняются ущемлением или острым аппендицитом. До сих пор остаются спорными вопросы патогенеза острого аппендицита при грыже Амианда. Традиционно воспаление червеобразного отростка связывают с компрессией его стенок или ущемлением. За период с 2006 по 2016 год в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе было выполнено 3113 аппендэктомий. В 2 случаях диагностирована грыжа Амианда (флегмонозный аппендицит в грыжевом мешке без признаков ущемления). Таким образом частота указанной патологии составила 0,06%. Оба пациента были мужского пола, грыжи правосторонними. Возраст больных составлял 42 и 67 лет. Один из пациентов

доставлен с диагнозом: ущемленная правосторонняя паховая грыжа, один с диагнозом острый аппендицит. В обоих случаях была выполнена лапароскопическая аппендэктомия и пластика паховой грыжи без использования сетчатых трансплантатов. Осложнений не было. Больные были выписаны на 8 и 9 сутки послеоперационного периода. В ГБУ РО «Областная клиническая больница» за период с 2007 по 2017 год было выполнено 3 462 аппендэктомии. И лишь в одном случае диагностирована грыжа Амианда. Таким образом, частота данной патологии составила 0,03%. Пациент мужского пола, грыжа правосторонняя. Возраст больного 66 лет. Доставлен с диагнозом: ущемлённая паховая грыжа справа. Было выполнено грыжесечение, вскрытие грыжевого мешка, содержимым которого являлся флегмонозно изменённый аппендикс, аппендэктомия, герниопластика по Лихтенштейну. Осложнений не было. Пациент выписан на 6-ые сутки п/о периода. Таким образом, грыжи Амианда являются редкой патологией в практике неотложных хирургов. При дифференциальной диагностике острого аппендицита и паховой грыжи необходимо учитывать рассматриваемую патологию. В настоящее время лечение при комбинации паховой грыжи и острого аппендицита может осуществляться с использованием эндовидеохирургии.

343. ЯЗВЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Трушин С.Н., Барсуков В.А., Барсуков В.В., Белякова Н.С., Белякова К.В.

Рязань

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области
«Областная клиническая больница» (ГБУ РО «ОКБ»)

Актуальность: Несмотря на развитие новых методик эндоскопического гемостаза, разработки новых лекарственных препаратов вопрос лечения пациентов с кровотечениями из ЖКТ на настоящее время один из самых острых в экстренной хирургии. Смертность при данной патологии по данным статистики остается достаточно высокой. Цель работы: Анализ результатов лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки осложненной желудочно-кишечным кровотечением для определения оптимальной хирургической тактики в условиях ГБУ РО ОКБ. Материал и методы: анализу подвергнуты истории болезни за период 2014-2016гг. более 150 случаев. Учитывались тяжесть кровопотери, время с момента начала заболевания, возраст пациентов, применение методик эндоскопического гемостаза. Проведен анализ летальности за указанный период. Результаты: Отмечен рост оперативной активности, сокращение предоперационного койко-дня за счет своевременного и эффективного эндоскопического гемостаза. В соответствии с клиническими рекомендациями выверен алгоритм работы с пациентом. Сохраняется значительная доля пациентов не имеющих должного наблюдения и лечения. Летальность достигает 10-12%. Выводы: 1. Считаем необходимым применять более агрессивную хирургическую тактику. 2. Эндоскопический гемостаз нужно использовать только в качестве методики временной

остановки кровотечения с последующим оперативным лечением после проведения предоперационной подготовки.

344.МИНИИНВАЗИВНАЯ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кривощёков Е.П.(1), Молчанов М.А.(2), Романов В.Е.(3)

Самара

1) СамГМУ, 2) ГБУЗ СО СГБ №7, 3) ТФОМС СО

Пупочные грыжи составляют 5% среди всех наружных грыж живота. Пациенты с сопутствующим сахарным диабетом немногочисленны, но требуют особого внимания. Цель исследования. Изучить возможности и дать оценку способу протезирующей интраабдоминальной пластике с применением десквамации и перитонеодеза грыжевого мешка у пациентов с диабетом. Материал и методы. Пластика пупочных грыж проведена 89 больным, с диабетом - 17. Женщины составили 75(13) (84,3%), мужчины – 14(4) (15,7%). С рецидивными пупочными грыжами - 17(19,1%). Вправимые грыжи определены у 51(57,3%), невправимые – 24(26,9%). Размеры грыжевого дефекта от 4 см² до 48 см². У 2 больных диастаз прямых мышц 10 см. Сахарный диабет определяет высокий риск, но не является противопоказанием к операции. Необходимо провести обследование для снижения периоперационного риска, коррекцию гликемии, степень гидратации, калия и рН. При средних хирургических вмешательствах в условиях стационара, требующих изменения питания, регионарной анестезии или наркоза: накануне операции при исходно хорошей компенсации – если ужинать можно - вечером обычная доза ИКД + ИПД. Если ужинать нельзя - дозу ИПД уменьшают на 20-50 %. В день операции и в послеоперационном периоде, при исходно хорошей компенсации - до и во время операции - инфузия 5-10 % глюкозы, определять гликемию ежечасно. Инсулинотерапия: вариант 1 - перед операцией - 50 % (СД 2 типа) или 80-100 % (СД 1 типа) обычной утренней дозы ИПД, вариант 2 - непрерывная в/в инфузия инсулина, определять гликемию ежечасно. При исходной декомпенсации для периоперационного управления гликемией желательнее применять непрерывную внутривенную инфузию инсулина, которая проводится через отдельный инфузомат с применением раствора ИКД с концентрацией 1 ед/1 мл 0,9 % NaCl. Одновременно с НВИИ - инфузия 5-10 % глюкозы (5 г/час), через разные инфузионные системы. При уровне глюкозы плазмы > 15 ммоль/л глюкозу не вводят. После операции продолжать НВИИ до начала самостоятельного приема пищи и перевода на подкожную инсулинотерапию. При нормальной функции почек и нормальном К⁺ по 20 мл 4% раствора KCl на 1 литр 5 % раствора глюкозы. Больных с СД 2 типа, ранее компенсированных на диете или ПССП, переводить с инсулина на ПССП/диету до выписки из стационара только при полной уверенности в отсутствии гнойно-воспалительных осложнений. Интраоперационная

антибиотикопрофилактика показана при любых операциях. Техника операции. Выполняют окаймляющий разрез по верхнему контуру пупка 4 см в близости от пупочного углубления. Кожный лоскут отводили книзу. Грыжевой мешок не удаляли. Рассекали верхнюю стенку купола грыжевого мешка, вправляли содержимое в брюшную полость, освобождали грыжевые ворота от фиксированных органов. Через апертуру рассеченного грыжевого мешка входили в брюшную полость. Оценивали состояние грыжевых ворот. Более глубоко в грыжевых воротах расположен мышечно-апоневротический контур, представленный прямыми мышцами живота, смещенными в стороны от средней линии. Его использовали в качестве опоронесущей ткани при фиксации эндопротеза. Полипропиленовый имплантат фиксировали изнутри брюшной полости по периметру глубокого контура грыжевых ворот сквозными П-образными швами с фиксацией узла на стороне апоневроза прямых мышц. Между поверхностью имплантата и петлями кишечника укладывали и фиксировали большой сальник. Полипропиленовую мембрану устанавливали с легким натяжением. По завершении пластического этапа над поверхностью фиксированного имплантата сшивали листки сохраненного грыжевого мешка. Разработана особая хирургическая техника. Она сформулирована в понятиях «десквамация» и «перитонеодез» грыжевого мешка. Раневые осложнения возникли у 3(3,3%), рецидив грыжи отмечен у 2(2,2%). Выводы. Способ миниинвазивной внутрибрюшной пластики пупочной грыжи с созданием эластической декомпрессии по линии фиксации эндопротеза соответствует современной концепции, и может быть использован в качестве операции выбора больных сахарным диабетом.

345. ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЕ ХОЛЕДОХА

Коробков Е.Е., Барсуков В.А., Семенкин Р.В., Романов А.Н.

Рязань

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области
«Областная клиническая больница»(ГБУ РО «ОКБ»)

Актуальность: За последние 3 года в хирургическом отделении выполнено более 600 операций на желчных путях. Из них 8 пациентов с застарелой либо свежей травмой холедоха. Необходимые навыки позволяют выполнить правильную реконструкцию в каждом случае и избежать осложнений. Цель: Улучшение результатов хирургической коррекции свежих и застарелых повреждений холедоха и общего печеночного протока. Материалы и методы: В течение 3 лет выполнено 8 реконструктивных операций после подобных осложнений. В 2 случаях реконструкция выполнена непосредственно в момент повреждения. 1 пациент был оперирован спустя 6 месяцев после открытой холецистэктомии. 4 пациентов с застарелым повреждением и сформировавшейся стриктурой холедоха. 1 пациентка оперирована в экстренном порядке по поводу опухоли желчного пузыря с прорастанием общего печеночного протока механической желтухой. Результаты: Реконструкция выполненная сразу

в момент повреждения в одном случае закончена ушиванием на дренаже Кера, в одном случае гепатикоейюноанастомозом на отключенной по Ру петле. В 1 случае пациентка оперирована спустя 6 месяцев после открытой холецистэктомии. Госпитализирована с явлениями холангита. При обследовании в проекции ложа желчного пузыря жидкостное образование – возможно часть желчного пузыря. Интраоперационно выявлено дефект гепатикохоледоха на протяжении 2 см который представлен кистозным образованием 3см в диаметре заполненный хлопьями и представляющий собой резервуар с тонкими стенками через который желчь поступает в двенадцатиперстную кишку. Киста иссечена, обнажен общий печеночный проток и дистальная часть холедоха. Реконструкция закончена формированием протока на дренаже Кера. Пациентам с застарелым повреждением наложены гепатикоейюноанастомозы по Ру. В послеоперационном периоде быстрая реабилитация. Осложнения в раннем и позднем послеоперационном периоде в данной группе пациентов отсутствовали. В случае с опухолью желчного пузыря степень распространения опухоли окончательно была установлена интраоперационно, Выполнена резекция желчного пузыря с атипичной резекцией печени в области 5-6 сегментов, общего печеночного протока и холедоха. Обнажены правый и левый печеночный проток, наложен бигепатикоейюноанастомоз. В послеоперационном периоде подтекание желчи по страховому дренажу, через несколько суток свищ закрылся. В последующем пациентка реабилитирована и выписана. Выводы: Четкий контроль состояния общего печеночного протока и холедоха интраоперационно позволяет избежать подобных осложнений. В случае повреждения ранняя реконструкция позволяет восстановить проток . в случае застарелых повреждений и нестандартных ситуаций формируем гепатикоейюноанастомоз по Ру. Осложнений после подобных реконструкций не наблюдали.

346. ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБРАЗА ТЕЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АБДОМИНОПЛАСТИКИ У ЖЕНЩИН

Фаустова А.Г., Иванов В.В.

Рязань

РязГМУ им акад И. П. Павлова

Изменения показателей образа тела при проведении абдоминопластики у женщин Фаустова А.Г., Иванов В.В. Рязань Актуальность. Возникновение концепции «образ тела» обусловлено потребностью индивида в описании своего телесного опыта и структурировании эмоционально-оценочных суждений относительно внешнего облика собственного тела (Altabe, Thompson, 1996; Cash, 2006). Негативный образ тела, который подразумевает низкую самооценку внешности и неудовлетворенность телом, может стать причиной неодобрительного отношения к собственной личности и неадаптивных попыток изменить свой физический облик. Абдоминопластика является массивным хирургическим

вмешательством, призванным исправить внешний вид живота пациента. В большинстве случаев за пластикой живота обращаются женщины, преследуя преимущественно эстетические цели. В качестве гипотезы данного исследования выступает предположение, что абдоминопластика сопровождается изменениями в образе тела (в континууме от незначительных до выраженных). Материалы и методы. Выборку исследования составили 20 женщин в возрасте 40,85 ± 10,25 лет, которым была выполнена абдоминопластика. Все респонденты не имеют клинически подтвержденных диагнозов психиатрических расстройств. Эмпирическая база исследования – хирургическое отделение № 2 Рязанской областной клинической больницы. Для получения эмпирических данных были использованы следующие методики: 1) опросник «Влияние образа тела на качество жизни» (адаптация Л.Т. Баранской, С.С. Татауровой); 2) опросник «Ситуативная неудовлетворенность образом тела» (адаптация Л.Т. Баранской, С.С. Татауровой); 3) визуальная аналоговая шкала для оценки уровня обеспокоенности внешним обликом. Экспериментальный план подразумевал серию последовательных психодиагностических измерений: 1) за 1 неделю до планируемого хирургического вмешательства; 2) в течение 1-2 недель после проведения абдоминопластики; 3) спустя 6-10 недель после проведения пластики живота. При таком планировании исследования появляется возможность выявить и интерпретировать закономерности изменений в образе тела, возникающих при проведении пластики живота. Результаты. Для проведения математико-статистического анализа эмпирических данных был выбран непараметрический критерий χ^2 Фридмана. Статистически достоверные изменения при переходе от одного этапа лечения к другому были выявлены в уровне выраженности всех измеренных переменных: 1) ситуативная неудовлетворенность образом тела (χ^2 эмп. = 17,538, $p < 0,01$); 2) характер влияния образа тела на качество жизни (χ^2 эмп. = 16,936, $p < 0,01$); 3) обеспокоенность внешним обликом (χ^2 эмп. = 36,701, $p < 0,01$). Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при проведении пластики живота отмечается выраженное снижение субъективной обеспокоенности внешним обликом и ситуативной неудовлетворенности образом тела, влияние образа тела на качество жизни становится более позитивным после проведенной операции. Изменения в структуре образа тела связаны как с масштабом хирургического вмешательства и массивной сенсорной стимуляцией, так и с осмыслением и оценкой самим пациентом своего «нового» внешнего облика (Pruzinsky, Edgerton, 1990; Sarwer et al., 2006). Выводы. Таким образом, абдоминопластика у женщин сопровождается выраженными изменениями в уровне выраженности проявлений образа тела, которые свидетельствуют о снижении неудовлетворенности телом и обеспокоенности внешним обликом собственного тела. При этом проведение пластики живота не должно рассматриваться в качестве универсального средства для повышения самооценки и удовлетворенности своим телом, поскольку присутствуют дополнительные внутриличностные и социально-психологические факторы, которые обуславливают сложное взаимодействие тела, его внешнего облика и образа «Я». Рекомендации. Оценка восприятия тела и эмоционально-ценностного отношения пациента к собственному телу на пред- и послеоперационном этапах взаимодействия может стать эффективным инструментом для понимания мотивации обращения за помощью пластического хирурга и измерения удовлетворенности результатом хирургического вмешательства.

347. ИЗМЕНЕНИЯ СУБЪЕКТИВНОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАСТИКИ ЛИЦА

Фаустова А.Г., Иванов В.В.

Рязань

РязГМУ им акад И. П. Павлова

Актуальность. Многие женщины бессознательно связывают коррекцию внешнего облика лица с последующими позитивными изменениями в различных сферах жизни и деятельности. Если некоторые исследования действительно подтверждают тенденции к росту качества жизни после проведения пластических операций и эстетических процедур (Александров, Багненко, 2012; Карякина, 2012), то другие работы свидетельствуют о необходимости пред- и послеоперационной психотерапевтической работы для формирования адекватного образа «Я» и поддержания психологического благополучия личности (Crerand et al., 2006; Pruzinsky, Edgerton, 1990). В данном исследовании мы ставим вопрос о влиянии коррекции внешнего облика лица с помощью пластической хирургии на субъективное качество жизни (СКЖ). При этом особенное внимание уделяется оценке проявлений удовлетворенности жизнью на разных этапах проведения пластики лица. Материалы и методы. Выборку исследования составили 20 женщин в возрасте 41,05 + 10,47 лет, которым была выполнена подтяжка верхней, средней и/или нижней трети лица. Все респонденты не имеют клинически подтвержденных диагнозов психиатрических расстройств. Эмпирическая база исследования – хирургическое отделение № 2 Рязанской областной клинической больницы. Для получения эмпирических данных применялись стандартизированные психологические методики: 1) методика «Субъективное качество жизни» (Т.Н. Савченко, Г.М. Головина); 2) опросник «Влияние образа тела на качество жизни» (адаптация Л.Т. Баранской, С.С. Татауровой). Психодиагностические измерения проводились трижды: 1) за 1 неделю до начала коррекции внешнего облика лица; 2) в течение 1-2 недель после проведения пластической операции; 3) спустя 6-10 недель после проведения пластической операции. Такой экспериментальный план позволяет оценить динамику уровня выраженности субъективного качества жизни в процессе коррекции внешнего облика лица. Результаты. Математико-статистический анализ с применением непараметрического критерия χ^2 Фридмана показал, что достоверно значимые изменения происходят в уровне выраженности следующих параметров: 1) характер влияния образа тела на качество жизни (χ^2 эмп. = 14,256, $p < 0,01$); 2) социальный компонент СКЖ (χ^2 эмп. = 7,023, $p < 0,05$); 3) компонент здорового образа жизни СКЖ (χ^2 эмп. = 7,000, $p < 0,05$); 4) интегральный показатель субъективного качества жизни (χ^2 эмп. = 9,794, $p < 0,01$). Изменения не коснулись когнитивной и эмоциональной составляющих субъективного качества жизни. Обсуждение. Проведение пластики лица у женщин провоцирует возникновение тенденции к росту социального компонента субъективного качества жизни, что свидетельствует об особой значимости внешнего облика лица для процесса межличностного общения (Барабанщиков, 2012; Лабунская, 2012). Тенденция к росту компонента субъективного качества жизни, ответственного за здоровый образ жизни, вероятно, связана с переживаниями пациента за состояние своего физического здоровья и с удовлетворенностью результатом хирургического вмешательства (Brill et al., 2006; Clarke et al., 2014). В целом, возрастание удовлетворенности жизнедеятельностью, которое выражается в

интегральном показателе субъективного качества жизни, может свидетельствовать более позитивном влиянии образа тела на качество жизни после проведения пластики лица. Выводы. Таким образом, проведение пластики лица у женщин сопровождается значимыми изменениями в уровне выраженности субъективного качества жизни. При этом коррекцию внешнего облика лица не следует рассматривать в качестве изолированного фактора, который оказывает положительное влияние на удовлетворенность пациентов различными сферами жизни и деятельности. Рекомендации. Измерение субъективного качества жизни на различных этапах коррекции внешности является эффективным инструментом оценки психологического благополучия конкретного пациента и его удовлетворенности проведенным хирургическим вмешательством.

348.ДИВЕРТИКУЛ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Кочуков В.П., Бунин И.В., Онищенко М.П., Карасева Е.Ю.

Москва

ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой»
Управление делами Президента РФ. г.Москва

Аномалии развития желчевыводящей системы имеет определенный клинический интерес и связан он с развитием патологических процессов как внутрпеченочных так и внепеченочных желчных протоках и вероятностью их травматизации во время проведения операций вследствие их атипичного строения. Пороки развития желчных протоков и желчного пузыря составляют, по данным литературы(Баиров Г.А. и соавт 1970) около 6-8%.Учитывая их большое разнообразие, каждая отдельная нозология нередко представляет собой хирургическую казуистику. Дивертикул желчного пузыря встречается крайне редко. По данным И.Л.Тагера и М.А. Филипкина(1974), на 600 исследований желчевыводящей системы у детей дивертикулы выявлены только в двух наблюдениях. Диагностика дивертикулов желчного пузыря: при наличии воспаления диагностируются клинически, в других случаях основную роль в диагностике играют такие метода как УЗИ органов брюшной полости и МСКТ брюшной полости с контрастированием. Дивертикулы желчного пузыря с признаками хронического холецистита подлежат оперативному лечению- лапароскопической холецистэктомии. На наш взгляд представляет определенный клинический интерес клиническое наблюдение больной с дивертикулом желчного пузыря, диагностированного на основании клинических данных и данных УЗИ и МСКТ брюшной полости, больной успешно выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Пациентка И. 30 лет госпитализирована в хирургическое отделение 18.07.2017г с болевым синдромом в правом подреберье. Считает себя больной в течение суток, ранее отмечала появление тяжести в правом подреберье и горечи во рту по утрам в течение года. При поступлении состояние удовлетворительное, больной выполнено МСКТ брюшной полости с болюсным контрастированием, выявлено, что в области дна

желчного пузыря выявлено образование 11х9х15мм, плотностью +52HU. Образование плотно прилежит к печени и петле толстой кишки, накопление контрастного препарата в артериальную фазу, более выраженное по периферии, в отсроченную фазу отмечается снижение плотности. При ЭГДС выявлен поверхностный гастрит с единичными точечными геморрагическими эрозиями в своде желудка на фоне рефлюкса желчи. 20.07.2017 выполнена лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационно в области дна желчного пузыря мешковидное выпячивание до 1,5см в диаметре, сообщающееся с просветом желчного пузыря. Послеоперационный период без осложнений, на четвертые сутки в удовлетворительном состоянии выписана домой. Гистологическое заключение- в области дна желчного пузыря, со стороны слизистой определяется выпячивание в сторону серозной оболочки, диаметром 0,9см с утолщением мышечного слоя стенки до 0,4см. Микроописание: желчный пузырь с наличием дивертикула без признаков воспаления. Нами приведено описание относительно редкого клинического наблюдения аномалии желчного пузыря у пациентки 30 лет (дивертикул желчного пузыря), основным диагностическим методом выявления дивертикула желчного пузыря явилось МСКТ брюшной полости с болюсным контрастированием. Лапароскопическая холецистэктомия при дивертикулах желчного пузыря является золотым стандартом.

**349.ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ
ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ
В ОТРАСЛЕВОМ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ПАО «ГАЗПРОМ»**

Шихметов А.Н., Лебедев Н.Н.

Москва

ОКДЦ ПАО «Газпром»

Расширение объемов хирургических вмешательств с использованием высокотехнологических малоинвазивных стационарозамещающих методов лечения, выполняемых в амбулаторных условиях, привело к необходимости организации дневного стационара в многопрофильном ОКДЦ ПАО «Газпром» по разработанной нами модели с выделением функциональных блоков, штатного расписания, которые соответствуют принятым нормам производственной деятельности медицинских учреждений. С 2005 года в нашем дневном стационаре выполнено около 7 тысяч оперативных вмешательств под общей и региональной анестезией. Отбор больных для проведения операций должен осуществляться на основании применения мультидисциплинарного комплекса оценки каждого пациента, особенно для симультанных операций, с использованием показателей шкалы степени операционно-анестезиологического риска американской ассоциации анестезиологов (ASA), прогнозирования летального исхода в общей хирургии (шкала P-POSSUM), оценки тяжести состояния (шкала APACHE II) и оценки риска кардиальных осложнений при внесердечных операциях (шкалы Goldman, Detsky).

Выбор способа операции решается в пользу хорошо освоенных специали-стом, разработанных для стационарозамещающих условий высокотехнологичных малоинвазивных методик. При всех формах паховых грыж у взрослых следует применять патогенетически обоснованные операции - ненатяжные методы герниопластики с использованием полипропиленовой системы (PHS) и трансперитонеальной герниопластики с применением видеолапароскопической техники (TAPP) при паховых грыжах, лапароскопических технологий с внутрибрюшной фиксацией протеза (IPOM) – при послеоперационных вентральных грыжах. Главной задачей операции при варикозной болезни вен нижних конечностей следует считать устранение источников патологических вено-венозных рефлюксов. Хирургическая тактика при варикозной болезни вен нижних конечностей должна основываться на комплексе миниинвазивных оперативных вмешательств - эндовенозной лазерной облитерации, радиочастотной аблации, минифлебэктомии в комбинации со склерозированием притоков подкожных вен. Оперативное лечение геморроидальной болезни в стационарозамещающих условиях может быть показано при условии применении доплероконтролируемой дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией слизистой анального канала (HAL-RAR), являющимся высокотехнологичным, минимально инвазивным, безопасным, патогенетически обоснованным способом лечения больных со II- IV стадиями болезни. Комбинированное применение HAL-RAR с радиочастотной аблацией и ультразвуковой резекцией геморроидальных узлов позволяет увеличить частоту радикально излеченных больных с 3-4 стадией геморроя. Однако, тщательный отбор пациентов является залогом успешного лечения данной патологии в амбулаторных условиях. Симультанные вмешательства с применением видеолапароскопической техники при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях нашли свою нишу и в стационарозамещающих условиях. При подборе больных необходимо руководствоваться мультидисциплинарным комплексом оценки каждого пациента. Вопрос последовательности выполнения операций следует решать индивидуально и исходить с позиций первоочередного устранения ос-новного заболевания, так как в случае возникновения каких-либо осложнений операции или наркоза, операция по поводу сочетанного заболевания может быть отложена без существенного ущерба для здоровья больного. Одномоментная хирургическая коррекция сочетанных заболеваний не сопровождается ростом послеопераци-онных осложнений и позволяет достичь хороших результатов лечения. Операции с применением эндовидеоскопических технологий в условиях дневного стационара следует выполнять специалистами по профилю заболевания, включая в хирургическую бригаду по показаниям сосудистого хирурга, гинеколога, уролога, проктолога, обеспечивая их специальными условиями, оборудованием и инструментарием. В условиях дневного стационара рекомендуется использование различных вариантов регионарного обезболивания, таких как спинальная анестезия с миоплегией и проведением ИВЛ, эпидуральная и селективная спинальная анестезии с учетом характера патологического процесса. Объективным показателем результатов лечения в стационарозамещающих условиях является улучшение качества жизни, как интегральном показателе оптимизации медицинской, в том числе и внебольничной помощи. В целях объективизации показателей используем стандартные (Medical Outcomes Study-Shot-Form Health Survey-SF-36, MOS-SF-36) и специализированные (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire, CIVIQ1-2) опросники, которые характеризуются высокой степенью валидности, надежности и чувствительности. Таким образом, комплексный анализ динамики параметров качества жизни на фоне проводимых операций и

клинических критериев эффективности лечения, позволяет адекватно и своевременно оценивать происходящие изменения в состоянии пациента, определять наиболее целесообразный метод терапии, что в конечном итоге может оказаться полезным для экономической оценки применяемых способов хирургических вмешательств.

350. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНУТРЕННИМ ГЕМОРРОЕМ II-III СТАДИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Рязузова А.И. , Андреев А.А. , Болотских В.А. , Глухов А.А.

Воронеж

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Цель работы – оценка эффективности методов малотравматичного лечения хронического внутреннего геморроя у больных пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях. Выполнен анализ амбулаторного лечения 60 пациентов с хроническим внутренним геморроем II–III стадий: 30 пациентов с лигированием внутренних геморроидальных узлов (1-я группа) и 30 пациентов после проведения операции HAL-RAR (2-я группа). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру основной и сопутствующей патологий. Возрастной состав пациентов – 60–78 лет. В 1-й и 2-й группах мужчин было 23 и 22, женщин – 7 и 8 соответственно. Лигирование геморроидальных узлов латексными лигатурами проводилось в 3-4 этапа. Перед наложением лигатуры производится обработка слизистой анального канала озонированным раствором высокой концентрации, затем в положении больного на левом боку вводится аноскоп, смазанный гелем Катеджель и вакуумным лигатором фирмы «Karl Storz» накладывается лигатура на внутренний геморроидальный узел при давлении 0,6 – 0,7 атмосфер. Манипуляция заканчивается повторной обработкой озонированным раствором и введением препарата Кетанов 1,0 мл в\м. В удовлетворительном состоянии больной отпускался домой. Таким образом производилось лигирование остальных узлов с промежутком между приемами 14-21 день. Весь срок лечения пациенты получали флеботоники – «Детралекс» 1000 мг в сутки, противовоспалительные свечи и мази, при необходимости – обезболивающие препараты в таблетках («Кетанов»), слабительные средства – «Дюфалак», «Мукофальк». Трансанальная дезартеризация (HAL-RAR) с лифтингом и мукопексией (2-я группа) выполнялась на аппарате HAL DOPPLER II фирмы А.М.І. (Австрия) под спинно-мозговой анестезией, в 9 случаях с внутривенной седацией. Перед началом операции больной опорожняет мочевого пузыря, катетеризируется центральная вена и вводятся антибиотики широкого спектра – Цефтриаксон 1,0 в\в кап. Затем в положении больного для литотомии перианальная кожа и ниже-ампулярный отдел прямой кишки обрабатывались антисептическим раствором Октенисепт и затем озонированным раствором высокой концентрации. Головка проктоскопа смазывается гелем «Гельтек», вводится в

анальный канал и производится диагностическая доплерометрия. Обычно определяется 6 артериальных веток, располагающихся на 1,3,5,7,9 и 11ч по условному циферблату, которые вводятся в «память» аппарата для получения графического изображения. Затем выполняется поэтапная дезартеризация шовным материалом Полисорб 2/0. на игле с кривизной 5/8-круга, с длиной иглы 27 мм с одновременным лифтингом и мукопексией слизистой пролабирующих узлов чаще всего на 3,7 и 11ч путем пошагового открытия окна аноскопа. Накладывается 3-4 стежка непрерывного шва и путем связывания нитей узел перемещается в проксимальном направлении. После контрольной доплерометрии и проверке гемостаза аппарат извлекается и прямая кишка повторно промывается озонированным раствором высокой концентрации а объеме 50 мл. Ставится гемостатическая губка, смазанная мазью Левомеколь. Время проведения операции – 15–25 минут, длительность пребывания в стационаре – 6-9 часов. В 1-й группе в течение первых суток 11 больных жаловались на тенезмы, купирующиеся анальгетиками; у 6 пациентов была отмечена артериальная гипертензия, потребовавшая приема гипотензивных препаратов, у 1 пациента – дизурические явления. У 2 пациентов на 7-9 день после процедуры наблюдалось выделение крови при дефекации, не потребовавшее обращения к врачу. Во 2-й группе у 2 больных развился коллапс без потери сознания; катетеризация мочевого пузыря в клинике потребовалась 6 мужчинам и 1 женщине, после выписки – 1 пациенту. В течение 3-х лет во 2-й группе повторное лигирование единичных узлов выполнено у 3 больных, склеротерапия – у 4, одна из которых осложнилась тромбозом наружного геморроидального узла, купированным медикаментозно. Таким образом, обе методики продемонстрировали высокую эффективность применения в амбулаторных условиях у больных пожилого и старческого возраста. К преимуществам операции HAL-RAR можно отнести однократное проведение процедуры, отсутствие рецидивов в течение 3-х лет, к недостаткам – применение дорогостоящих расходных материалов и возможность развития побочных явлений спинальной анестезии.

351.ТАКТИКА ЭТАПНЫХ САНАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Безмозгин Б.Г.(1), Бабков О.В.(1), Суров Д.А.(2), Ястребов И.П.(1), Опул Д.М.(2)

Санкт-петербург

1. ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе
2. ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

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 рака ободочной и прямой кишки являются причиной того, что 50-89% больных поступают в хирургические стационары с различными осложнениями этого заболевания. В исследование включены больные колоректальным раком, 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 КРР, осложненным распространенным перитонитом, за период с 2004 по 2008 гг.. С 2009 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 2009 по 2013 гг. проведен проспективный анализ результатов лечения 52 больных КРР, осложненным 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 42,3% до 32,0%. Хирургическая тактика этапных санаций брюшной полости с использованием VAC-терапии у пациентов с КРР, 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.

352. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

*Бабков О.В. (2), Демко А.Е. (2), Соловьев И.А. (1), Луфт В.М. (2), Лапицкий А.В. (2),
Рудаков Д.А. (1), Румянцев В.Н. (1), Безмозгин Б.Г. (2), Мысливцев К.В. (1),
Драгунов С.Г. (1), Суров Д.А. (1)*

Санкт-Петербург

1. ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе.
2. ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ

Введение. В настоящее время гнойно-воспалительные осложнения колоректального рака (КРР) остаются актуальной проблемой, в том числе и ввиду отсутствия единого алгоритма их диагностики и лечения в условиях многопрофильного лечебного учреждения. Цель. Разработать лечебно-диагностический алгоритм для больных колоректальным раком, осложненным перифокальным воспалительным инфильтратом, в условиях многопрофильного стационара. Материалы и методы. Работа была выполнена на основе ретроспективного исследования лечения 148 больных, оперированных по поводу КРР, осложненного перифокальным воспалительным инфильтратом, в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с 2009 по 2014 гг. Результаты и обсуждение. При поступлении больных в приемное отделение выполняются лабораторные методы исследования: клинический и биохимический анализы крови (глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, креатинин, мочевины, общий белок, калий, натрий); коагулограмма; общий анализ мочи; оценка тяжести состояния по шкалам SIRS, SOFA. Инструментальные методы исследования: рентгенография грудной клетки и органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, по показаниям СКТ брюшной полости. У данных больных выделяют две группы критериев диагностики: 1. Собственно симптомы КРР: расстройства стула; снижение массы тела; отсутствие аппетита; наличие в анамнезе следов крови или слизи в кале. 2. Критерии диагностики перифокального воспалительного инфильтрата: локализованные боли в животе около 2-3 суток; повышение температуры тела до субфебрильных значений; наличие болезненного малоподвижного образования неправильной формы в брюшной полости; умеренный лейкоцитоз; УЗ-признаки: инфильтрат определенного размера с утолщением стенки кишки (без жидкостного компонента); СКТ признаки: утолщение стенки кишки с резким переходом от нормальной стенки к поражённой (без жидкостного компонента); SIRS 0-1; SOFA 0. Пациенты, соответствующие указанным критериям, госпитализируются на хирургическое отделение для дообследования и проведения консервативной терапии. При локализации инфильтрата справа проводится дифференциальный диагноз с острым аппендицитом и аппендикулярным инфильтратом, слева – дивертикулитом, дивертикулярным инфильтратом. Подозрение на острый аппендицит является показанием для диагностической лапароскопии. Лечение данной категории больных начинается с консервативной терапии: безшлаковая диета, ортоградный лаваж солевыми слабительными, антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения, аминогликозиды III поколения, нитроимидазолы); инфузионная терапия (внутривенно 1,5-2 л растворов кристаллоидов, анальгетики, спазмолитики, антигистаминные средства); ежедневный контроль клинических и биохимических анализов крови, оценка критериев SIRS и SOFA. Консервативное лечение

проводится в течение 24 часов, с повторным УЗИ органов брюшной полости. При неэффективности консервативного лечения выполняется срочное оперативное вмешательство. В случае положительного эффекта от консервативной терапии на 3-4 сутки выполняется фиброколоноскопия. Для адекватного дооперационного стадирования всем больным выполняется СКТ брюшной полости, а при опухолях прямой кишки также МРТ малого таза. В течение срока, необходимого для выполнения гистологического подтверждения диагноза, этим пациентам продолжается комплексная терапия и предоперационная подготовка. После получения результатов гистологического исследования планируется проведение оперативного вмешательства. Операцией выбора у данной категории больных является радикальная одномоментная резекция кишки с наложением первичного анастомоза. Выводы. Применение описанного алгоритма позволяет оптимально использовать лечебно-диагностические возможности многопрофильного стационара, а также планировать маршрутизацию указанных больных.

353. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

Санкт-Петербург

1. ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе
2. ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ

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 опухолей толстой кишки (больные с перфоративным колоректальным раком – ПКРР). В исследование включены больные с распространенным перитонитом колоректального генеза, 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 ПКРР 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-Pressure™. 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 вышеизложенное, можно сделать вывод о позитивном влиянии NPWT на внутрибрюшную гипертензию у пациентов с ПКРР, 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.

354. МОТОРНО-ЗВАКУАТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

*Рудаков Д.А. (1), Соловьев И.А. (1), Безмозгин Б.Г., Демко А.Е. (2),
Румянцев В.Н. (1), Суков Д.А. (1)*

Санкт-Петербург

1. ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе.
2. ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ

Введение. В послеоперационном периоде у больных колоректальным раком (КРР), осложненным перифокальным воспалительным инфильтратом и перифокальным абсцессом, имеет место послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), наличие

которого диктует необходимость проведения мероприятий, направленных на его коррекцию. Цель. Доказать эффективность применения нутриционной поддержки для коррекции послеоперационного пареза ЖКТ у больных КРР, осложненным перифокальным воспалительным инфильтратом и перифокальным абсцессом. Материалы и методы. Работа была выполнена на основе прямого контролируемого рандомизированного исследования лечения 81 больного, оперированного по поводу КРР, осложненного перифокальным воспалительным инфильтратом, и 43 больных, оперированных по поводу КРР, осложненного перифокальным абсцедированием, проходящих лечение в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с 2009 г. (всего 124 больных). В данной группе лечение проводилось традиционным способом, без использования нутриционной поддержки. А также – лечения 67 больных, оперированных по поводу КРР, осложненного перифокальным воспалительным инфильтратом, и 41 больного, оперированного по поводу КРР, осложненного перифокальным абсцедированием, проходящих лечение в той же клинике (всего 108 больных), которым помимо стандартной терапии проводились мероприятия нутриционной поддержки. Больным обеих групп на 1, 3 и 5 сутки послеоперационного периода проводилось измерение миоэлектрической активности (МЭА) ЖКТ при помощи прибора гастроэнтеромонитор ГЭМ 01 “Гастроскан-ГЭМ”. Результаты и обсуждение. На 1 сутки отмечалось достоверное ($p < 0,05$) равномерное снижение МЭА у больных основной и контрольной групп (желудок – $4,7 \pm 1,2$ мВт и $4,9 \pm 1,4$ мВт; двенадцатиперстная кишка – $0,3 \pm 0,11$ мВт и $0,3 \pm 0,9$ мВт; тощая кишка – $0,5 \pm 0,2$ мВт и $0,4 \pm 0,15$ мВт; подвздошная кишка – $1,2 \pm 0,3$ мВт и $1,1 \pm 0,45$ мВт; толстая кишка – $2,9 \pm 0,55$ мВт и $3,2 \pm 0,7$ мВт контрольная и основная группы соответственно). Однако уже к 3 суткам показатель МЭА у больных основной группы сравнивался с нормальными значениями, в то время как МЭА у больных контрольной группы оставалась достоверно ниже ($p < 0,05$) (желудок – $6,2 \pm 1,5$ мВт и $9,1 \pm 1,1$ мВт; двенадцатиперстная кишка – $0,5 \pm 0,13$ мВт и $0,9 \pm 0,2$ мВт; тощая кишка – $1,4 \pm 0,4$ мВт и $2,9 \pm 0,6$ мВт; подвздошная кишка – $3,2 \pm 0,75$ мВт и $7,6 \pm 1,5$ мВт; толстая кишка – $7,7 \pm 1,2$ мВт и $14 \pm 2,1$ мВт). На 5 сутки послеоперационного периода исследуемый показатель обеих групп соответствовал нормальным значениям и достоверно друг от друга не отличался (желудок – $8,4 \pm 1,9$ мВт и $11,1 \pm 2,1$ мВт; двенадцатиперстная кишка – $0,9 \pm 0,3$ мВт и $1,2 \pm 0,25$ мВт; тощая кишка – $3,1 \pm 0,7$ мВт и $3,2 \pm 0,8$ мВт; подвздошная кишка – $7,3 \pm 1,1$ мВт и $8,9 \pm 1,4$ мВт; толстая кишка – $16,3 \pm 2,2$ мВт и $17,8 \pm 3,1$ мВт; $p > 0,05$). Выводы. Послеоперационный период у больных с гнойно-воспалительными осложнениями КРР характеризуется наличием выраженного пареза ЖКТ, который купируется при проведении стандартной инфузионной, антибактериальной терапии только на 5 сутки послеоперационного периода. Применение нутриционной поддержки позволяет к 3 суткам нормализовать МЭА различных отделов ЖКТ и, как следствие, нормализовать моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ у данной категории больных.

**355. ИЗОЛИРОВАННАЯ ХИМИОГИПЕРТЕРМЧЕСКАЯ ПЕРФУЗИЯ В ЛЕЧЕНИИ
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА**

Демко А.Е.(1), Ястребов И.П.(1), Сузов Д.А.(2)

Санкт-Петербург

1. ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе
2. ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ

Актуальность. Изолированная перфузия таза (ИПТ) – вид локорегионального лечения злокачественных новообразований малого таза, при котором лекарственный препарат доставляется непосредственно в артерии, питающие опухоли, и создает в ней высокую концентрацию, что повышает эффективность проводимого лечения. Цель. Авторами приводятся результаты первого отечественного опыта проведения ИПТ. Материалы и методы. У больной С., 75 лет, с диагнозом рак нижней и средней трети влагалища cT4N+M0, осложненным рецидивирующим кровотечением, выполнялась ИПТ по «закрытой» методике. С целью максимальной сосудистой изоляции области таза на уровне верхних третей обеих бедер и на уровне пупка были наложены пневматические турникеты. Окклюзия аорты и нижней полой вены осуществлялась в инфраренальной позиции под рентгеноскопическим контролем дилатационными окклюдирующими катетерами. После подключения и запуска перфузионной установки последовательно выполнены окклюзия аорты, раздуты пневматические турникеты на нижних конечностях, окклюзия нижней полой вены. Выполнялись аортография брюшного отдела аорты и нижняя каваграфия. Использован лекарственный препарат цисплатин (250 мг/м²). По окончании перфузии в течение 15 минут выполнялось замещение крови из перфузионного контура физиологическим раствором (2000 мл), после чего кровоток в области малого таза был восстановлен. Период ишемии нижних конечностей – 70 минут. Результаты. ИПТ была выполнена с неoadъювантной целью в связи с неблагоприятным преморбидным фоном и выраженным характером местного распространения опухолевого процесса. Режим ИПТ: скорость перфузии 250 мл/мин, температура перфузата на притоке 42°C, время перфузии 35 минут, давление в контуре 100 мм.рт.ст.. В течение всего периода ИПТ выраженных нарушений центральной гемодинамики, обусловленных окклюзией аорты и нижней полой вены и последующим восстановлением магистрального кровотока, а также каких-либо интраоперационных осложнений не выявлено. Начиная с четвертых суток послеоперационного периода, больная отметила существенное уменьшение болевого синдрома. На 12 сутки после ИПТ больная была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. Через 30 суток после ИПТ была выполнена контрольная магнитно-резонансная томография органов малого таза, сравнительный анализ результатов которой показал уменьшение объема опухолевого поражения на 30%. При контрольном осмотре в эти сроки больная предъявляла жалобы на периодические незначительные боли в промежности тянущего характера, которые эффективно купировались пероральным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. В течение 30 суток послеоперационного периода больная не отмечала эпизодов выделения крови из влагалища и прямой кишки, сохранялось естественное мочеиспускание. Учитывая выраженный ответ опухоли на ИПТ и сохраняющийся неблагоприятный преморбидный фон,

консилиумом было принято решение о проведении пациентке повторной процедуры ИПТ с последующим решением вопроса о целесообразности выполнения хирургического этапа лечения. Выводы. ИПТ является воспроизводимым, достаточно безопасным и хорошо переносимым пациентом оперативным вмешательством. Полученный клинко-морфологический результат, позволяет рассматривать данную процедуру в качестве весьма эффективного метода неoadъювантного противоопухолевого воздействия у больных с осложненными местно-распространенными опухолями малого таза.

356.ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

*Дьяконова Е.Ю., Мурашкин Н.Н., Епишев Р.В., Максимова С.А.,
Гусев А.А., Прудникова Т.А., Бекин А.С.*

Москва

ФГАУ "Национальный научно-практический центр здоровья детей" Минздрава России

Введение: Буллезный эпидермолиз - это группа генетически обусловленных гетерогенных заболеваний, клиническими проявлениями которых, в том числе, является высокая ранимость кожного покрова и чувствительность к любому механическому воздействию. У детей с буллезным эпидермолизом, как и у здоровых детей встречаются хирургические заболевания. Подход к хирургическому лечению таких детей отличается и обусловлен особенностями основного заболевания. Цель: На клинических примерах показать особенности проведения оперативных вмешательств у детей с буллезным эпидермолизом при хирургической патологии. Материалы и методы: За 3 года в нашем Центре было выполнено 29 оперативных вмешательств детям с буллезным эпидермолизом. Основную группу 86% составили дети со стриктурами пищевода. 2 детям было проведено удаление гиперкератозов коленных областей, 1 девочка экстренно оперирована по поводу перекрута и некроза придатков матки, 1 ребенок по поводу крипторхизма. Результаты: При проведении оперативных вмешательств у детей с буллезным эпидермолизом использовались специальные щадящие методики, разработанные в нашем Центре. Поверхность операционного белья без складок. При проведении анестезиологического пособия применяли не адгезивные губчатые повязки на кожу при использовании анестезиологической маски, загубника и в местах прикрепления пульсоксиметра. Накладки для ЭКГ-мониторинга использовались после удаления клеящей поверхности. Особое внимание уделялось обработке операционного поля. Антисептические растворы не должны содержать спирт. Движения тампоном мелкие, касательные, без трения и давления. Хирургический доступ осуществляют без дополнительной фиксации троакаров к коже. При использовании троакаров также применяют не адгезивные влажные салфетки в местах соприкосновения с кожей. Ушивание послеоперационной раны осуществляется с минимальным контактом кожи и медицинских инструментов. Выводы: У детей с буллезным

эпидермолизом оперативные вмешательства как экстренные, так и плановые, возможны в многопрофильном стационаре при соблюдении определенных условий: - применение неадгезивных материалов при работе с кожным покровом - максимально щадящая обработка операционного поля, - минимальный контакт с кожей и слизистыми во время выполнения собственно оперативного вмешательства - преимущественное использование лапароскопических методик. Соблюдение описанных приемов позволяет избежать осложнений, связанных с травмой кожного покрова и слизистых, в результате чего реабилитационный период у детей с буллезным эпидермолизом мало отличается от такового у «обычных» детей.

357. ФАРМАКОКИНЕТИКА ЦИСПЛАТИНА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ ТАЗА

Демко А.Е.(1), Суров Д.А.(2), Ястребов И.П.(1)

Санкт-Петербург

1. ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе
2. ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ

Актуальность. Лечение местнораспространенных опухолей малого таза и их рецидивов остается сложным и нерешенным вопросом. Пациенты с данными опухолями подвергаются калечащим операциям, а в некоторых случаях операция вовсе невыполнима или бессмысленна. Изолированная перфузия таза (ИПТ) – вид локорегионального лечения злокачественных новообразований малого таза, при котором лекарственный препарат доставляется непосредственно в артерии, питающие опухоли, и создает в ней высокую концентрацию, что потенциально повышает эффективность проводимого лечения, помогая преодолеть химиорезистентность. Цель. Определить динамику изменения концентрации цисплатина в изолируемой области и в системном кровотоке при ИПТ, а также оценить эффективность сосудистой изоляции таза. Материалы и методы. Больной С., 75 лет, с диагнозом рак нижней и средней трети влагалища сT4N+M0, осложненным рецидивирующим кровотечением была проведена закрытая ИПТ. Сосудистая изоляция области таза осуществлялась баллонной окклюзией аорты и нижней полой вены в инфраренальной позиции под рентгеноскопическим контролем дилатационными окклюдирующими катетерами. На уровне верхних третей обеих бедер и на уровне пупка были наложены пневматические турникеты. Режим ИПТ: скорость перфузии 250 мл/мин, температура перфузата на притоке 42 °С, время перфузии 35 минут, давление в контуре 100 мм. рт. ст., лекарственный препарат – цисплатин (250 мг/м²). По окончании перфузии в течение 15 минут выполнялось замещение крови из перфузионного контура физиологическим раствором (2000 мл), после чего кровоток в области малого таза был восстановлен. Период ишемии нижних

конечностей составлял 70 минут. Определение концентрации цисплатина осуществлялась методом масс-спектрометрии. Забор крови осуществлялся одновременно из изолируемой области таза и системного кровотока на 5, 15 и 30 минутах ИПТ. Все образцы крови были сохранены в морозильной камере до анализа. Результаты. В результате проведенной масс-спектрометрии получены следующие результаты: концентрация цисплатина в изолируемом контуре на 5, 15 и 30 минутах ИПТ составила 11.706 ± 0.118 мг/л, 19.504 ± 0.101 мг/л и 10.84 ± 0.098 мг/л соответственно. В системном кровотоке в те же временные интервалы – 1.034 ± 0.049 мг/л, 2.050 ± 0.062 мг/л, 2.114 ± 0.067 мг/л. Максимальная концентрация цисплатина (C-max) в изолируемой области составила 19.504 мг/л, в системном кровотоке 4.228 мг/л Выводы. Полученный результат свидетельствует о высокой эффективности сосудистой изоляции области таза при проведении ИПТ, что позволяет создавать в ней высокую концентрацию химиопрепарата. Тем не менее, представленные данные являются предварительными, поскольку они были получены у одного пациента. Проводятся дальнейшие исследования для подтверждения данных результатов.

358. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Осипов А.В.(1), Демко А.Е.(1), Суров Д.А.(2), Святненко А.В.(1)

Санкт-Петербург

1 СПб ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
2 ФГБВУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны РФ

Цель: улучшение непосредственных результатов лечения больных с острым холангитом доброкачественной этиологии. В последние годы частота острого холангита неуклонно повышается. Основная причина, приводящая к механической желтухе и холангиту – холедохолитиаз, (до 86,2 %). По данным различных авторов, лечение указанной категории больных сопровождается высоким риском осложнений (до 54,1%) и высокой летальностью (4,7-28,5%). Проанализированы результаты лечения 209 пациентов с острым холангитом доброкачественной этиологии, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2012-2017 гг., из них 199 (95,2%) поступили по неотложным показаниям. При этом из 527 пациентов с механической желтухой доброкачественной этиологии только 209 (39,7 %) осложнялись острым холангитом. Мужчин было - 87 (41,6%), женщин - 122 (58,4 %). Пациентов с острым холангитом легкой степени было 52 (24,8%), средней степени тяжести – 115 (55,0%), тяжелым – 42 (20,1%). Средний возраст больных составил 59,4 +- 23,6 лет (20-93 лет). При этом более 50% пациентов были в возрасте старше 60 лет. Ятрогенные повреждения были диагностированы в 9(4,3 %) случаях. (4 травмы + 5 стриктур). Стриктуры – 5(2,4%), острый панкреатит – 15 (7,2%) Холедохолитиаз-180 (86,1%) Первичный холедохолитиаз – 142 (80,1), резидуальный -22 (12,2%), рецидивный 16 (7,7%) В подавляющем большинстве случаев применялась двухэтапная тактика хирургического лечения: неотложная билиарная

декомпрессия, затем отсроченное устранение причины холангита. При этом нам удалось добиться того, что 91 (79,1%) пациентов с холангитом средней степени тяжести были дренированы в сроки до 12 часов и 30 (72,4%) больных с холангитом тяжелой степени подверглись декомпрессивному вмешательству в первые 6 часов от момента поступления в стационар. Лечение дополнялось эмпирической антибактериальной терапией. При первичном дренировании желчных протоков использовались как антеградные, так и ретроградные методики. Выполнено 62 чрескожных чреспеченочных вмешательства, 81 дренирующих эндоскопических операций. Манипуляции 2 этапа проведены у 76,1% пациентов. Произведено 32 гибридных оперативных вмешательств. Частота осложнений в изучаемой группе составила 14,5%, летальность – 6,3%, что позволяет говорить об эффективности предложенных подходов к лечению пациентов с рассматриваемой патологией. Однако требуется дальнейшее накопление опыта и изучение возможностей современных малоинвазивных вмешательств в лечении острого холангита.

359.МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ЖЕЛЧИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ

Осипов А.В.(1), Демко А.Е.(1), Суров Д.А.(2), Святненко А.В.(1)

Санкт-Петербург

1 СПб ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,

2 ФГБВУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны РФ

Цель: Определение микробного пейзажа желчи у пациентов с острым холангитом, подвергшихся декомпрессивным вмешательствам на желчных протоках в зависимости от сроков операции, этиологии билиарного блока, степени тяжести острого холангита. Острый холангит является одной из актуальных проблем современной хирургии. Это обусловлено высоким процентом осложнений (до 54,1%) и высокой летальностью (4,7-28,5%). Эффективная антибактериальная терапия – один из необходимых компонентов комплексного лечения больных с рассматриваемой патологией. В свою очередь, для разработки актуальных подходов к эмпирической противомикробной терапии необходима оценка микробного пейзажа желчи с определением чувствительности к антибиотикам. Проанализированы результаты определения микробного пейзажа желчи 172 пациентов с острым холангитом, которым выполнялись неотложные малоинвазивные декомпрессивные вмешательства: 149 - ЧЧХД, 23 – эндоскопическое назобилиарное дренирование. Производилось интраоперационное бактериологическое исследование желчи, а так же посев через 3 суток после поступления. Учитывался контакт пациентов с системой здравоохранения. Степень тяжести холангита определялась по Токийским рекомендациям (2013 г.). В исследуемой группе пациентов с тяжелым холангитом (GRADE 3) было 54 (31,4%), средней тяжести (GRADE 2) - 118 (68,6%). Неотложных декомпрессивных вмешательств при легком холангите не выполняли. Результаты. Контаминацию желчи (103-105 КОЕ/ мл) наблюдали в 100% случаев.

В большинстве наблюдений (42,1%) выявлялась E. Coli, Klebsiela (20,4%), Pseudomonas aeruginosa (14,2%). Реже Enterobacter (9,6%), Str. Viridens(7,6%) и грамотрицательные палочки (6,1%). Преобладала моноинфекция. В свою очередь через 3 суток пребывания в стационаре определялось больше случаев комбинированного инфицирования (37,5%), при этом наибольшее значение имела госпитальная флора: Klebsiela (38,2%) и Pseudomonas aeruginosa (18,1%). При оценке чувствительности к антибиотикам, отмечалось наличие полирезистентных штаммов у пациентов, контактировавших с системой здравоохранения в ближайшие 3 месяца до заболевания. С учетом ретроспективного анализа бактериологического спектра и чувствительности к антибиотикам, разработана схема эмпирической антибактериальной терапии. Выводы. Ретроспективный бактериологический анализ микробного пейзажа желчи с учетом чувствительности к антибиотикам позволил разработать адаптированную схему эмпирической антибактериальной терапии при лечении пациентов с острым холангитом.

360.ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ КРИЗОВ У ПОСТРАДАВШИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

Максумова Н.В.

Казань

КГМА-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Цель: оценка регуляторных систем организма, вегетативной нервной системы у пострадавших в экстремальных ситуациях на отдаленных сроках. Материал исследования: 2 группы пациентов. Первая группа: 25 ветеранов войны в Афганистане, Вторая группа: 15 участников ликвидации последствий аварии на Чернобыль-ской АЭС. Методы: скрининговые исследования проведены с использованием Комплекса диагностики функциональных изменений сердечного ритма «Кардиоанализатор «Эксперт-01» (ЗАО «НПО «Маркиз», Санкт-Петербург). Комплекс оценивает функциональное состояние организма на основе анализа сердечного автоматизма. Позволяет выявить: признаки хронической вирусной инфекции, наличие риска развития хронических соматических и онкологических заболеваний, состояние уровня собственных эндорфинов и зависимость от наркотиков опиатной группы, уровень стрессовой нагрузки. Используются также электрокардио-граф ЭК 12 ТО1 Р-Д, Спирограф СМП-21/01 Р-Д (Ростов-на-Дону), биоимпедансметр КМ-АР01 (Санкт-Петербург). Результаты исследования. Коэффициент вирусной нагрузки в первой группе колебался от 0,16 до 8,78, во второй от 0,53 до 3,26. (Норма по данным разработчиков до 3,0). Норма превышена у 5 пациентов из 1 группы и у 1 пациента из второй. В анамнезе у ветеранов афганской войны есть перенесенные кишечные инфекционные заболевания в период военных действий. Они будут направлены на дообследование в Республиканскую инфекционную больницу. Показатели онкологического статуса колебались в первой группе от 0,12 до 43,17, во второй

от 3,84 до 32,26 (допустимая норма до 5,0). При повышении показателей до 30,0 - чаще говорится о наличии хронических соматических заболеваний. Таких пациентов выявлено – 4 в первой группе и 1 во второй. Они направлены на дообследование для исключения хронических заболеваний. Это в первую очередь желудок, толстая и прямая кишка, органы дыхания. При превышении данного рубежа – выставляется подозрение на наличие онкологического заболевания. Таких больных выявлено 2 в первой группе, у одного показатель 32,65, у второго – 43,17 и 1 во второй (показатель 32,26). Эти ветераны после дообследования будут проконсультированы у онколога. Снижение уровня собственных эндорфинов выявлен на уровне от -0,17 до -535,7 в первой группе и от -0,23 до -7,61 во второй (норма до -10,0). У 4 пациентов из первой группы (ветеранов войны в Афганистане) выявлено снижение показателей ниже нормы: -24,73, -31,97, -37,45; особое внимание четвертому пациенту, у которого выявлено резкое снижение показателя до -537,5. В беседе с ним выявлено, что во время службы он употреблял наркотическое вещество (марихуана), в настоящее время злоупотребляет алкогольными напитками. Во второй же группе (среди ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС) критического снижения уровня собственных эндорфинов, не выявлено. Показатели стрессовой нагрузки у ветеранов из первой группы колебались от 0 до 300,3 (норма до 5,0). У 7 – 0; у 1 – 5,16; у 2 до 20,0; у 3 до 105,9; у одного – 261,8 и у одного – 300,3. У пациентов второй группы показатели колебались в пределах от 0 до 80,87. У одного 6,35, у второго – 80,87. Таким пациентам назначается седативная терапия и проводится лечение психотерапевтами. Выводы: 1. У пациентов, перенесших острую кишечную инфекцию или вирусное заболевание, выявлено повышение уровня вирусной нагрузки. Требуется верификация и целевое лечение у инфекционистов. 2. Повышение онкологического статуса вызывает необходимость углубленного инструментального обследования пациентов с учетом клинических проявлений заболеваний. 3. Снижение уровня собственных эндорфинов приводит к снижению адаптации, трудоспособности, а в конечном итоге к аддиктивному поведению. 4. Повышение уровня стрессовых нагрузок приводит к ухудшению соматического здоровья, в первую очередь к сердечно-сосудистым заболеваниям, неадекватному реагированию на текущие события. При отсутствии своевременной коррекции может привести к суицидальным попыткам.

361.ПОВЫШЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ КОМПРЕССИОННОГО ТРИКОТАЖА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН

Фаттахов В.В.

Казань

КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Одним из важных компонентов в лечении больных с хроническими заболеваниями вен различной степени развития патологии является использование компрессионного трикотажа.

Чаще всего, с учетом существующих рекомендаций, назначается второй и выше класс компрессии. Но в итоге выполняют назначения лечащего флеболога не более 30% пациентов. Почему? Не комфортно, больно, появляются судороги, раздражения кожи. Как преодолеть? Как повысить комплаентность компрессионного трикотажа? Материал исследования. Проведен анализ исследований 46 человек, средний возраст $49,0 \pm 10,9$. Из них мужчин 14, в возрасте от 27 до 52 лет. В среднем $41,8 \pm 8,6$. Женщин 32, в возрасте от 35 до 77 лет. Средний возраст $52,6 \pm 10,5$. По классификации CEAP, стадия хронического заболевания вен (ХЗВ) С1 была у 8 пациентов, С2 у 29, С3 у 5, С4 у 3 и С5 у 1 больного. Методы исследования. «Прибор для оптической неинвазивной диагностики «ЛАКК-М» ООО НПП «ЛАЗМА», г. Москва, осуществляющий лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) с оценкой кровотока, регуляции и тонуса микрососудов, а также оптическая тканевая оксиметрия (ОТО), определяющая сатурацию кислородом гемоглобина и потребление кислорода тканями. Исследования проводились в исходном состоянии пациента, а также после компрессии ноги эластическим бинтом или эластическим чулком с открытым носком 1 класса компрессии. Выявлено улучшение показателей микроциркуляции крови. М исходное 13.34 ± 7.07 ; после эластической компрессии 10.9 ± 6.48 ; ($p < 0.001$). Вариабельность микроциркуляции: ? - 1.61 ± 0.82 и 2.01 ± 0.99 ; ($p < 0.05$); Kv - 17.92 ± 13.51 и 25.72 ± 15.8 ($p < 0.001$) соответственно. Кровоток в микрососудах, в том числе посткапиллярных венулах из гиперемического (застойного) типа переходит в линейный, активный вариант. Чаще всего, степень компрессии изделий не выше 1 класса. В тоже время, есть пациенты, у которых ухудшаются показатели микроциркуляции и повышается шунтовый сброс крови. Им ношение компрессионных изделий противопоказано. Мышечный насос нижних конечностей включают мышцы стопы, голени и бедра. Насос икроножных мышц является наиболее эффективным, имеет крупнейшие емкости и создает высокое давление – до 200 мм ртутного столба во время сокращения. Для оценки функциональных возможностей венозно-мышечной помпы голени и определения состоятельности клапанов глубоких вен использовали аппаратный комплекс «VenoScan» (Германия). Материал исследования у 83 пациента, в возрасте от 30 до 77 лет. Средний возраст $53,0 \pm 7,9$. Получаем два показателя: силу работы мышечной помпы голени и период наполнения вен голени кровью. Определяется отклонение от нулевого значения в % (ось Y) в течение времени (ось X). Чем меньше крови находится в венах, тем выше процент отклонения. Измерение разделено на 3 фазы: 1. Предварительная фаза выталкивания крови (Tc). Определяется нулевое значение. 2. Фаза выталкивания (TP). В этой фазе пациент качает кровь от вен, сгибая стопы. Если мышечный насос функционирует правильно, то относительное значение достигает максимального уровня Rmax. 3. Вторичное наполнение (T0). Наблюдается относительное снижение значения до окончательного значения Rend. Согласно международной системе, есть три степени венозной недостаточности на основе T0: ? 25 секунд - нормальное значение (вены здоровы); 24 сек - 20 сек – расстройство венозного оттока I степени (легкое); 19 сек - 10 сек - расстройство венозного оттока II степени (среднее); ? 9 сек - расстройство венозного оттока III степени (тяжелое). Сила венозной помпы V0 в %. Наивысшее значение достигается к концу фазы выталкивания в % (Rmax). $>3\%$ - нормальное состояние (вены в здоровом состоянии); $<3\%$ - патология (имеется в виду, что мышечная помпа ослаблена). Одним из наиболее эффективных способов в комплексном лечении хронических заболеваний вен является применение медицинского компрессионного трикотажа. Индивидуальный подбор с учетом состояния микроциркуляции крови и

эффективности работы ве-нозно-мышечной помпы позволяет повысить комплаентность этих изделий. Чаще это может быть изделие 1 класса компрессии, но это уже лучше, чем ничего.

362. ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА – ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ

Осипов А.В.(1), Демко А.Е.(1), Суров Д.А.(2), Святненко А.В.,(1) Сафоев М.И.(1)

Санкт-Петербург

1 СПб ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
2 ФГБВУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны РФ

В настоящее время общепринятой является тактика двухэтапного лечения пациентов с острым холангитом доброкачественной этиологии. Однако, в последние годы все чаще встречаются в литературе сообщения о возможности одноэтапного малоинвазивного лечения при условии тщательного отбора пациентов, наличия необходимого оснащения и подготовленных кадров. Цель: улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с острым холангитом легкой степени тяжести. Материалы и методы. Выполнено 32 гибридных оперативных вмешательств в период с 2014 по 2017 годы. В группы пациентов включали больных с механической желтухой, осложненной холангитом легкой степени. При выборе тактики и определении показаний к операциям руководствовались критериями, предложенными Roger S.J.(2010): наличие единичных конкрементов в ОЖП, диаметром свыше 12 мм, прогнозируемая невозможность выполнения эндоскопической литоэкстракции, отсутствие противопоказаний для лапароскопии. Все вмешательства проводились в рентген-операционной с использованием лапароскопической и эндоскопической стоек. Средний возраст пациентов составлял 59,816,7 лет. Выполнено 17 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) в сочетании с лапароскопической холедохотомией, холедохоскопией и литоэкстракцией. 4 пациентам с парафатериальными дивертикулами выполнено сочетание ЛСХЭ с дренированием, канюлированием ОЖП и последующей ЭПСТ и литоэкстракцией. В 11 случаях одномоментная операция включала ЛСХЭ и ЭПСТ. Результаты. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 94,226,4 минут, продолжительность госпитализации составила 9,64,2 дня. В 1 (3,7%) случае наблюдался резидуальный холедохолитиаз, потребовавший повторной эндоскопической литоэкстракции под общим обезболиванием (тип III b по Clavien-Dindo 2004). В 1 наблюдении (3,7%) отмечено желчеистечение, не потребовавшее изменения тактики лечения (тип I по Clavien-Dindo 2004). Других осложнений и летальных исходов не было. Также следует отметить, что эффективными оказались одномоментные вмешательства у больных групп особого риска. Среди выполненных гибридных вмешательств - одна операция у беременной позднего срока, две у лиц старческого возраста. Таким образом гибридные оперативные вмешательства могут использоваться для одномоментного лечения пациентов с острым холангитом

доброкачественной этиологии легкой степени тяжести, требуется дальнейшее накопление опыта и анализ результатов указанных вмешательств.

363.СИНДРОМ ОТЁЧНО-ГИПЕРЕМИРОВАННОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М. (1,2), Порощай В.Н. (1,2), Орузбаев Б.Д.(2)

Бишкек

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

Актуальность. Острые заболевания яичек у детей являются одной из самых важных проблем в детской хирургии и проявляются не только воспалительными изменениями, но и часто ишемией органа, что приводит к необратимым последствиям, нарушение репродуктивной и сперматогенной функции в зрелом возрасте. Клиническая картина: отёк, гиперемия, болезненность и увеличение размеров мошонки формирует синдром «отёчно-гиперемированной мошонки», и является показанием для экстренного хирургического вмешательства. Но, наличие этих признаков не позволяет однозначно решить вопрос, есть ли острая ишемия яичка и нужно ли оперировать. Выбор метода лечения СОГМ у детей вызывает у хирургов затруднения, связанные с опасением возможного перекрута яичка. Цель исследования: анализ результатов лечения СОГМ у детей. Материалы и методы исследования. На базе ГДКБ СМП, за 2015 - 2016гг., в отделении урологии пролечено 184 детей с СОГМ. Всем проводились сбор анамнеза, объективные данные, общеклинические исследования, УЗИ органов мошонки с доплерографией сосудов. Результаты и их обсуждение. С момента заболевания обращались: до 6 часов 26 (14,9%), до 12 часов 39 (22,4%), 24 ч-в и более 119 (68,4%) больных. Дети до 1 года –30 (16,4%), 1- 3года – 64 (34,8%), 4-7 лет – 42 (22,8%), 8 – 13лет – 37 (20,1%), свыше 14 лет–11 (5,9%). Поражение левого яичка у 73 (39,6%), правого у 111 (60,4 %). В зависимости от сроков поступления и сопутствующих заболеваний, проводилась стандартная предоперационная подготовка. Консервативное лечение проведено у 10 (5,4%) больных: ручная деторсия яичка при перекруте семяного канатика, выполнена у 6 больных в возрасте старше 11 лет и времени заболевания до 6 часов. Оперативное вмешательство произведено у 174 (94,6%). Оперативный доступ – мошоночный. Интраоперационно оценивались макроскопические изменения яичка, придатка, гидатиды, уточнялся топический диагноз. Оценкой жизнеспособности яичка служили ориентиры: цвет железы после раскручивания, кровоточивость оболочек яичка, пульсация сосудов семенного канатика. Синюшный цвет яичка является показателем обратимых морфологических изменений в органе в 95% случаев. Синюшно - багровый и черного цвета яичко указывает на признаки некроза органа, что подтверждалось гистологическим исследованием. Результаты хирургического вмешательства при СОГМ: удаление гидатиды у 101 (54,9%), ревизия органов, декомпрессия -41 (22,3%) , деторсия (раскручивание перекрута, фиксация яичка) -32 (17,4%).

Из 32 детей с перекрутом семенного канатика у 18 (9,7%) диагностирован некроз яичка, а у 14 (8,0%) после проведения деторсии семенного канатика, отогревания яичек, новокаин-гидрокортизоновая блокада семенного канатика, цвет яичек восстанавливался. Во всех случаях проводились органосохраняющие операции. У 41 ребёнка при ревизии органов мошонки клинические признаки соответствовали орхоэпидидимиту. Такой высокий процент оперативных вмешательств, свидетельствует о недостаточно полном обследовании больных с применением доплерографии сосудов яичка. При воспалительных изменениях, кровоток в яичке и оболочках значительно усилен, а при перекруте полное отсутствие кровотока, что является достоверным признаком для проведения оперативного или консервативного лечения. В послеоперационном периоде назначалась антибактериальная и противовоспалительная терапия, дезагреганты, спазмолитики. Перед выпиской больному проводилось УЗИ органов мошонки. Выводы: 1). При СОГМ частой причиной является перекрут гидатиды 54,9%, чаще правого яичка. 2). Применение УЗИ с доплерографией сосудов и определением паренхиматозного кровотока яичка, позволит улучшить диагностику и уменьшить число необоснованных оперативных вмешательств на органах мошонки.

364. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТА

Хорев А.Н., Плюта А.В., Абрамова А.Г., Ширяев Н.П.

Ярославль

Ярославский государственный медицинский университет

Введение: в последние годы в хирургическом лечении острого калькулезного холецистита достигнуты значительные успехи, однако послеоперационная летальность остается достаточно высокой – до 6,6 – 14,5%, особенно при выполнении холецистэктомии открытым лапаротомным доступом. Цели исследования: оценить клинический эффект различных методов оперативного вмешательства при остром обтурационном холецистите. Материалы и методы: основу работы составил анализ результатов холецистэктомий, выполненных из различных доступов у 164 пациента в возрасте от 31 до 89 лет, находившихся на лечении на базе ГБУЗ ЯО «КБ №10» с диагнозом острого обтурационного холецистита. Пациенты были разделены на три группы: группа А – 57 пациентов с выполненной лапаротомной холецистэктомией, группа В – 48 пациентов с лапароскопической холецистэктомией, группа С – 59 пациентов с минилапаротомной холецистэктомией. Сравнительные критерии оценки: продолжительность анальгетической, антибактериальной терапии, пареза кишечника, сроки госпитализации, интраоперационные и послеоперационные осложнения. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе Microsoft Excel 3013, STATISTICA 10. Результаты и их обсуждение: Продолжительность анальгетической терапии составила: в группе А – $9,4 \pm 2,3$ дней, в группе В – $5,4 \pm 1,4$ дней, в группе С – $5,3 \pm 1,2$ дней. Продолжительность антибактериальной терапии: в группе А – $8,7 \pm 1,5$ дней, в группе В –

6,6±1,7 дней, в группе С – 6,3±0,9 дней. Длительность пареза кишечника: в группе А – 3,4±0,9 дней, в группе В – 1,8±0,8 дней, в группе С – 1,6±0,7 дней. Сроки госпитализации: в группе А – 10,2±2,0 дней, в группе В – 6,8±1,2 дней, в группе С – 7,1±1,1 дней. С учетом статистического анализа в группах В и С показатели по всем критериям значительно лучше, чем в группе А ($p < 0,001$). Статистически значимых различий между группами В и С не получено ($p > 0,05$). В группе С по сравнению с группами А и В интраоперационных осложнений встречалось меньше ($p = 0,005$, $p = 0,04$). Статистически значимых различий между группами А и В не выявлено ($p = 0,64$). В группе В выполнено 7 (14,6%) конверсий, в группе С – 1 (1,7%). Послеоперационные осложнения имели место в виде осложнений со стороны послеоперационной раны и сопутствующей тяжелой патологии. В большей степени осложнения встречались у пациентов группы А в сравнении с группами В и С ($p = 0,002$ и $p < 0,001$). От декомпенсированной сопутствующей патологии в группе А умерло 3 (5,3%) пациента. В группе В и С летальных исходов не было. Статистически значимых различий при выполнении малоинвазивных методик не получено ($p = 1,0$). Выводы: Проведенное нами исследование показало, что использование малоинвазивных операций в лечении острого холецистита позволяет сократить количество как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений, тем самым улучшить течение послеоперационного периода, уменьшить сроки госпитализации, значительно снизить летальность.

365.СИНДРОМ БУЭРХАВЕ

Кубачев К.Г., Бабаев Ш.М.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

За 2000 – 2016 гг. под нашим наблюдением находились 35 пациентов с синдромом Буэрхаве в возрасте от 22 до 68 лет. Мужчин было 29, женщин – 6. Классическая триада Меклера (рвота, боль за грудиной, подкожная эмфизема шеи) при госпитализации выявлена у 21 больного. 9 пациентов жаловались только на сильные боли за грудиной, 5 – на боли в нижнегрудном отделе позвоночника. При обзорной рентгенографии у 6 из них в средостении был обнаружен газ и они были переведены к хирургам. 8 пациентов были госпитализированы в кардиологическое и неврологическое отделения с диагнозом ОКС и грыжа Шморля без осмотра хирурга. Подкожная эмфизема у них была выявлена через 2 – 5 часов после госпитализации. Основным методом диагностики является рентгеноскопия пищевода водорастворимым контрастом. Поступление контраста в левую плевральную полость на уровне нижней трети пищевода диагностировано у 26, в обе плевральные полости – у 5, и в правую плевральную полость – у 4 больных. Состояние у 28 больных оценено как тяжелое, у 7 – как крайне тяжелое, вследствие развития распространенного гнойного медиастинита. Торакотомия, установка зонда в желудок, ушивание раны пищевода, с укрытием швов

тахокомбом, дренирование средостения выполнено 24 больным, эндоскопическая интраоперационная гастростомия и резекция грудного отдела пищевода с шейной эзофагостомией – 3 пациентам, эндоскопическое стентирование пищевода покрытым стентом, торакоскопия санация и дренирования средостения и плевральной полости – 8 больным. После ушивания разрыва пищевода несостоятельность швов развилось у 3 (12,5%) пациентов. Им выполнена реторакотомия, эндоскопическая гастростомия, резекция грудного отдела пищевода с формированием шейной эзофагостомы. После стентирования несостоятельность стента отмечен а в 2случаях. Умерло 6 пациентов, в том числе 4 после ушивания разрыва и 2 – после стентирования резекции пищевода. Общая летальность составила 17,1%.

366. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОБИЛИИ

Заркуа Н.Э., Фокин А.М

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Под нашим наблюдением находились 15 больных гемобилией. У 7 пациентов она явилась осложнением повреждений печени, у 5 – чрескожных чреспеченочных манипуляций и у 3 – дренирования желчных протоков по Гетцу - Сейпол - Куриану. У всех пациентов причиной гемобилии явились артериобилиарные свищи сформировавшиеся после травмы печени или медицинских манипуляций. Из 200 пострадавших с изолированной и сочетанной травмой печени у 7 (3,5%) на 5 -104 сутки после травмы развилась гемобилия, причем классическая триада симптомов - боли в правом подреберье, желудочно-кишечное кровотечение и желтуха была только у 4 пострадавших. У 3 пациентов определялось только профузное желудочно-кишечное кровотечение, источником которого считали острую язву желудка. Колото-резанное ранение печени было у 1, закрытое повреждение – у 6 пострадавших, у 4 из которых были выявлены центральные разрывы правой половины печени. Ведущую роль в верификации источника кровотечения играет фиброгастроскопия на высоте кровотечения, констатирующая поступление крови из БДС. Кроме того при гемобилии в рвотных массах обнаруживаются веретенообразные свертки крови. Гемобилия после чрескожных чреспеченочных вмешательств наблюдали у 5 (0,8%) больных, в первые сутки заболевания, что свидетельствует об интраоперационном повреждении артерии при дренировании желчного протока. У 3 пациентов это осложнение отмечено после дренирования желчных протоков по Гетцу - Сейпол - Куриану на 6, 7 и 9 сутки, очевидно вследствие развития пролежня стенки артерии из-за сдавления дренажом и проявлялось клиникой тяжелого желудочно-кишечного кровотечения и обильным поступлением крови по дренажу. Традиционное хирургическое вмешательство (резекция печени, перевязка печеночной артерии) в таких случаях зачастую не позволяет выявить и ликвидировать данное осложнение

и сопровождается высокой летальностью, достигающей 20 - 30%. Использование ангиографии помогает не только выявить источник кровотечения в трудных диагностических случаях, но и произвести лечебную манипуляцию. Ангиогепатография на высоте кровотечения и эмболизация печеночной артерии по поводу гемобилии была выполнена 13 больным (7 - с травмой печени и 5 – после чрескожного медицинских манипуляций на печени). У 12 пациентов источник кровотечения локализовался в правой и у 1 - в левой половине печени. После выявления поврежденной ветви печеночной артерии выполняли эмболизацию ветвей печеночной артерии спиралями Гиантурко. Одномоментно вводили от 2 до 4 спиралей. Во всех случаях течение постэмболизационного периода было гладким. Выраженного болевого синдрома, гипертермии, явлений печеночной недостаточности, некрозов печени не наблюдалось. Однако не во всех случаях эмболизация печеночной артерии эффективно в устранении кровотечения. Мы наблюдали рецидив гемобилии у 2 пациентов. В обоих случаях при повторном исследовании выявлены дополнительные артерии правой половины печени, отходящие от верхней брыжеечной (1) и почечной (1) артерий. Повторная эмболизация выявленных коллатералей позволила добиться эффективного гемостаза. Летальных исходов в этой группе больных не было. У 2 пациентов, тяжесть состояния которых не позволяла выполнять традиционные и эндоваскулярные вмешательства, применяли консервативное лечение с заменой дренажей на неперфорированные трубки большего диаметра. Умер 1 больной от продолжающегося кровотечения. Таким образом, малая травматичность и высокая эффективность рентгенэндоваскулярных вмешательств в большинстве случаев позволяет рекомендовать эту процедуру в качестве первоочередного у больных с подозрением на гемобилию.

367. СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кубачев К.Г., Заркуа Н.Э., 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%.

368. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Заркуа Н.Э.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Кистозные образования билиопанкреатодуоденальной зоны относятся к наиболее частым поздним осложнениям панкреонекроза и подразделяются на ложные, ретенционные кисты. Частота развития постнекротических кист при деструктивном панкреатите достигает 23% - 31%. Под нашим наблюдением находились 162 больных в возрасте от 31 до 74 лет с ложными кистами поджелудочной железы. Обследование больных с постнекротическими кистами проводилось по алгоритму, включавшему тщательное изучение жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, лабораторных, инструментальных, рентгенологических и ультрасонографических методов исследования, спиральной компьютерной томографии и эндоскопической ретроградной и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии. У 36 больных кисты располагались в области головки, у 101 - в области перешейка и тела и у 25 - в области хвоста. Объем кист, определенных по стереометрической формуле, составил от 60 до 2100 мл, диаметр - от 6 до 25 см. У 37 больных осуществлено эндоскопическое дренирование кист, в том числе - эндоскопическое транспапиллярное дренирование - у 17, эндоскопическое трансмуральное дренирование - у 20 больных. Нарушение эвакуации из желудка имелось у 8 пациентов. Для транспапиллярного дренирования обязательным условием было наличие сообщения жидкостного образования с главным панкреатическим протоком или признаки дилатации протоковой системы поджелудочной железы, а также техническая возможность транспапиллярного доступа. Показаниями к применению данного способа лечения считали солитарные неосложненные кисты, непротяженные проксимальные протоковые стриктуры главного панкреатического протока, конкременты главного панкреатического протока. При трансмуральном дренировании, после выполнения гастродуоденоскопии, для рассечения, под контролем ЭУС, выбирали наиболее безопасную зону медиальной стенки двенадцатиперстной кишки, с наиболее выраженной деформацией стенки за счет интимного прилегания кисты. Торцевым папиллотомом выполняли разрез стенки кишки и капсулы кисты, через инструментальный канал заводили канюлю с проводником в полость кисты, по проводнику устанавливали цистоназальный дренаж. Для контроля стояния дренажа выполняли контрастирование полости кисты. Во всех случаях удалось добиться ликвидации кистозных образований и нарушения эвакуаторной функции желудка. Осложнений, связанных с выполнением данных вмешательств не отмечено. Таким образом, применение эндоскопических вмешательств при кистах головки поджелудочной железы является эффективным и безопасным способом их лечения, позволяющим сократить сроки медицинской реабилитации и снизить тяжесть хирургической агрессии.

369. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кубачев К.Г., Хацимов К. А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

За последние 25 лет под нашим наблюдением находились 52 больных с повреждением забрюшинной части двенадцатиперстной кишки (ДПК) в возрасте от 18 до 60 лет. Изолированная травма ДПК наблюдалась у 9, сочетанная – 43 больных. Причинами повреждений явились глотание острых предметов у 8, медицинская манипуляция – у 1, закрытая травма живота – у 43 больных. Наиболее чувствительными методами диагностики явились контрастное рентгенологическое исследование двенадцатиперстной кишки, МСКТ и фиброгастродуоденоскопия. У 38 больных был разрыв латеральной стенки нисходящей части двенадцатиперстной кишки, у 10 - нижней горизонтальной части, и у 4 - поперечный разрыв кишки под верхними брыжеечными сосудами. Протяженность разрыва составила от 3 см до 6 см. При разрывах забрюшинной части двенадцатиперстной кишки состояние пациента быстро ухудшается вследствие воздействия на клетчатку инфицированного содержимого кишки и ферментов сока поджелудочной железы. Отсутствие фасциальных барьеров способствует быстрому распространению деструктивного и воспалительного процессов в забрюшинной клетчатке, а так же и в стенке кишки в области разрыва, что, из-за отсутствия брюшинного покрова кишки, создает технические трудности при ушивании разрыва и повышает риск развития несостоятельности швов. У 23 больных разрыв был ушит двухрядным швом при минимальной обработке краев разрыва. Из них у 13 пациентов бы-ла наложена холедохостома и у 10 – двенадцатиперстная кишка была выключена, наложен гастроэнтероанастомоз. Несостоятельность швов развилась у 8 пациентов (5 и 3 соответственно), из них умерли 5 (21,7%). У 25 больных 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 и дренировали. Микронесостоятельность швов наблюдали у 2 пациентов. Умерли 3 (12%) пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, разлитым гнойным ретроперитонитом, осложнившимся тяжелым сепсисом. При локализации повреждения кишки под брыжеечными сосудами, после минимальной мобилизации, кишку прошивали аппаратом УО с двух сторон по краям повреждения, не выводя ее из-под сосудов, и формировали дуоденоюноанастомоз «бок в бок» с нисходящей частью кишки с выключенной по Ру петлей тощей кишки. Все 4 больных поправились.

370.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Кубачев К.Г., Заркуа Н.Э.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) составляют 15% всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. На сегодняшний день единственным способом радикального лечения злокачественных опухолей БПДЗ остается хирургическое вмешательство. Операбельность опухолей этой локализации, из-за поздней диагностики, остается низким и не превышает 12 – 18%. Большинство больных поступает в стационар при развитии осложнений, наиболее частым из которых является механическая желтуха (МЖ). Традиционные хирургические вмешательства на фоне МЖ сопровождаются большим количеством осложнений, а летальность достигает 15 – 30%. Под нашим наблюдением находился 151 больной с механической желтухой, опухолевого генеза. Из них женщин было – 77 (51%), мужчин 74 (49%) средний возраст 70 лет (от 28 лет до 88 лет). Удельный вес рака головки поджелудочной железы составил 72,2%, рака тела поджелудочной железы – 3,3%, рака фатерова соска – 9,9%, рака внепеченочных желчных протоков –14,6%. Уровень билирубина при госпитализации составил от 157 мкмоль/л до 785 мкмоль/л. Печеночная недостаточность, в разной степени выраженности, выявлена у 87% больных. Лечение пациентов осуществлялось в 2 этапа. В первую очередь выполняли дренирующие операции малоинвазивными способами; хирургическое вмешательство выполнялось после нормализации параметров гомеостаза. Посредством эндоскопического доступа дренирующие вмешательства выполнены у 86 больных. Только РХПГ, ПСТ выполнены у 17, РХПГ, ПСТ, назобилиарное дренирование – у 9, РХПГ, ПСТ, стентирование пластиковыми стентами – у 14 и РХПГ, ПСТ, металлическими покрытыми стентами – у 46 больных. Назобилиарное дренирование и стентирование пластиковыми стентами осуществляли при планирующей радикальной операции, в остальных случаях использовали металлические стенты. Эти вмешательства являлись окончательными видами хирургического пособия из-за тяжести состояния пациента или запущенности рака. Нормализация параметров гомеостаза после эндоскопических дренирующих операций наступала в сроки 13 - 17 дней. Из 40 больных которым выполнено временные желчеотводящие операции гастропанкреатодуоденальная резекция выполнена 14, панкреатодуоденальная резекция по Траверсо -Лонгмайеру (при раке БДС) – 7 больным. Остальным выполнены внутренние дренирующие операции. После радикальной операции умер 1 больной, после дренирующих процедур – 3 пациентов. Таким образом, дренирующие операции посредством эндоскопического доступа позволяют выполнить различные варианты дренирующих операций как при подготовке к радикальной операции, так и как окончательный вариант хирургического пособия.

371.ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И БОЛЬШИМИ СРОКАМИ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ

Казаков Ю.И., Казаков А.Ю., Герасин А.Ю.

Тверь

ГБУЗ ОКБ

ЦЕЛЬ: улучшить результаты хирургического лечения больных с острой артериальной окклюзией нижних конечностей. **МЕТОДЫ:** Изучены результаты хирургического лечения 95 пациентов, пролеченных в отделении сердечно-сосудистой хирургии в течение 12 мес с острой артериальной окклюзией нижних конечностей. Средний возраст больных составил $67,4 \pm 3,7$ лет. Эмболия имела место у 41 (43,2%) больного, тромбоз без выявленных причин – 4 (4,2%), тромбоз артерий на фоне атеросклеротического поражения- у 50 (52,6%). У 16 (16,8%) пациентов сроки ишемии до момента хирургического лечения составили менее 6 ч, у 25 (26,3%) – 12 часов. 12 (12,6%) больных госпитализированы со сроками ишемии более 24 часов, а подавляющее большинство (42 (44,2% человека) - свыше 48 часов. Тромбоз артерий подвздошного сегмента имел место – у 25 (26,3%) больных, бедренно-подколенного - у 42 (44,2%), подколенно-берцового сегмента- у 28 (29,5%). Острая ишемия по классификации В.С. Савельева IB ст регистрировалась у 7 больных, IIA- у 28, IIB- у 24, IIIA- у 18, IIIB- у 18. Для исследования магистральных артерий нижних конечностей использовали ангиографию, ультразвуковое дуплексное сканирование. Для выявления признаков рабдомиолиза исследовали содержание миоглобина крови и мочи, активности фермента КФК, уровень калия, натрия, бикарбоната, креатинина в сыворотке крови, определяли pH и парциальное напряжение кислорода артериальной крови. Всем пациентам проведена попытка восстановления магистрального кровотока в конечность. У 14 (14,7%) больных выполнить тромбэктомия не представлялось возможным в связи с наличием выраженного распространенного атеросклеротического поражения артерий н.к. У 5 пациентов проведены шунтирующие операции, - у 6 человек потребовалась ампутация конечности. У 81 (85,2%) пациентов выполнена тромбэмболэктомия из артерий нижних конечностей. У 16 (16,8%) пациентов с тяжелой ишемией конечности и выраженным повреждением скелетных мышц проведена фасциотомия на голени. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** У 10 (12,4%) больных в раннем послеоперационном периоде возник ретромбоз зоны реконструкции. Этим пациентам осуществлена повторная тромбэктомия, однако у 3 больных восстановить магистральный кровоток не удалось. Ампутация конечности проведена у 19 (23,4%) пациентов после тромбэктомии, причем у 16 человек выявлено многоуровневое атеросклеротическое поражение артерий. Умерло 9 (9,4%) пациентов, из них 5 с атеросклеротическим поражением артерий конечностей по причине развития острого инфаркта миокарда, инсульта, полиорганной недостаточности. У 52 пациентов в сроки 2-5 дней после тромбэмболэктомии нами проводилась ангиография артерий нижних конечностей. У 38 (73%) человек нами выявлено значимое атеросклеротическое поражение артерий артериального русла. Далее пациентам выполнялись различные реконструктивные операции- эндоваскулярные и шунтирующие вмешательства. У 64 (67,3%) обследованных отмечались признаки повреждения скелетных мышц, особенно у лиц с острой ишемией IIIA и IIIB степени, а также со сроками ишемии свыше 24 часов. Наиболее активным маркером повреждения скелетных

мышц являлось повышение уровня миоглобина крови, мочи, повышение активности КФК крови. **ВЫВОДЫ:** У 53% пациентов с острой артериальной окклюзией имеет место выраженное атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей. После проведения стандартной тромбэктомии всем этим пациентам целесообразно выполнять ангиографическое обследование артериального русла конечности с последующим проведением открытых и эндоваскулярных реконструктивных операций по показаниям. Для диагностики рабдомиолиза целесообразно использовать следующие лабораторные тесты: исследование миоглобина крови и мочи, активности КФК крови.

372. ЗНАЧЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Хорев А.Н., Плюта А.В., Ширяев Н.П., Абрамова А.Г.

Ярославль

Ярославский государственный медицинский университет

Актуальность. Острый панкреатит – одна из самых актуальных проблем неотложной хирургии. Возрастают частота, осложнения и летальность, что свидетельствует об актуальности проблемы. **Материал и методы.** С 2007 по 2017 гг. оперированы 102 больных, доставленных по экстренным показаниям от 5 до 156 часов после начала заболевания. Мужчины 61 (59,8%), женщины – 41 (40,2%). **Этиология** заболевания: употребление алкоголя и нарушение диеты – 48,7%, ЖКБ – 26,5%, идиопатический - 24,8% пациентов. Для диагностики использовали общеклинические обследования, лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические и лапароскопические методы исследования. При оценке тяжести использовали шкалу APACHE II. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе Microsoft Excel 2013, STATISTICA 10. Малоинвазивные методы лечения острого панкреатита были показаны при: ферментативном перитоните, инфицированной псевдокисте или абсцессе сальниковой сумки, деструктивном холецистите, холедохолитиазе с билиарной гипертензией. Эндоскопический этап был первым, в ходе которого уточнялась проходимость желчно-выводящих путей. При наличии показаний выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Вторым этапом хирургического малоинвазивного лечения является эндовидеолапароскопия, с целью диагностики, санации и дренирования брюшной полости. При наличии показаний выполняли холецистостомию или холецистэктомию (ВЛХЭ). Показанием для третьего этапа хирургического лечения с помощью набора инструментов «Миниассистент» явились: неэффективность первых двух этапов, удаление конкрементов и дренирование холедоха, при наличии абсцессов поджелудочной железы или сальниковой сумки. 56 больным выполнена ВЛХЭ, санация и дренирование брюшной полости. 19 больным после второго этапа выполнена минилапаротомия с помощью набора инструментов «Миниассистент» – холецистэктомию с дренированием холедоха по Керу; в 8 случаях – с дренированием холедоха по Вишневскому. Ещё у 19 больных с целью вскрытия и

дренирования абсцесса поджелудочной железы и забрюшинной флегмоны эндовидеолапароскопия завершалась переходом на мини-доступ. Обсуждение. Применение малотравматичных методов по сравнению с открытым хирургическим лечением способствует: улучшению общего состояния в послеоперационном периоде в первые семь дней с $15,4 \pm 4,3$ до $7,9 \pm 2,1$ баллов по шкале APACHE II; снижение числа осложнений с 41,8% до 16,3% ($p < 0,001$); снижение продолжительности лечения в ОАиР с $16,7 \pm 3,0$ до $7,5 \pm 2,0$, в стационаре – с $45,3 \pm 6,0$ до $24,2 \pm 5,0$ дней. Снижение летальности – с 32,7% до 18,7% ($p < 0,005$). Выводы. Применение малоинвазивных хирургических методов лечения вместо открытых методов способствует снижению осложнений, продолжительности стационарного этапа лечения и летальности.

373. КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Махмадов Ф.И., Асоев М.С.

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Улучшение диагностики абдоминального туберкулёза, комплексным применением клиничко-биохимических, иммунологических и миниинвазивными методами исследования. Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов диагностики и лечения абдоминального туберкулеза у 49 пациентов, которые находились на стационарном лечении в отделении эндохирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе за последние 5 лет. Из них 87,7% больных были направлены в клинику для уточнения диагноза видеолапароскопическим путем. Среди обследованных нами пациентов мужчин было 22 (44,9%), женщин - 27 (55,1%). Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее иммунологические исследования, определение С-реактивного белка, рентгенография грудной клетки, гастроскопия, колоноскопия. Морфологическим и гистологическим исследованиям подвергались биоптаты, взятые во время видеолапароскопического исследования. Результаты. Клиническое течение абдоминального туберкулеза протекало не однообразно, стерто или с превалированием тех или иных симптомов в виде вспышек, волнообразно, что и послужило причиной позднего обращения всех пациентов с данным заболеванием в клинику. Изучение иммунного статуса 34 пациентов, находившихся под нашим наблюдением, выявило дефицит Т-звена иммунитета, проявляющийся уменьшением количества Т-лимфоцитов и умеренным увеличением количества В-лимфоцитов. Реакция на С-реактивный белок была положительна у 36 (73,5%) больных. Видеолапароскопическая семиотика абдоминального туберкулеза изучена у всех 49 пациентов. Наличие жидкости в брюшной полости не являлся абсолютным признаком туберкулезного поражения органов брюшной полости. В связи с этим, при выполнении видеолапароскопии считали необходимым изучить состояние почти всех

органов брюшной полости и проводить дифференциальную диагностику абдоминального туберкулеза со всеми заболеваниями, при которых может быть накопление жидкости в брюшной полости, в частности с канцероматозом органов брюшной полости. Достоверными лапароскопическими признаками абдоминального туберкулеза являлись: наличие просовидных высыпаний на париетальной и висцеральной брюшине; фибриновые наложения на петлях кишечника и на брюшине; гиперемия и отечность внутренних органов; наличие выпота в брюшной полости. Все эти признаки и послужили основанием для дифференциальной диагностики абдоминального туберкулеза от канцероматоза брюшной полости. Чувствительность и специфичность видеолапароскопии при абдоминальном туберкулезе очень высокая, что соответственно составило 95,6% и 93,8%. Заключение. Комплексное исследование, включая определение С-реактивного белка, иммунного статуса и достоверных видеолапароскопических признаков абдоминального туберкулеза, позволяет улучшить диагностику данного заболевания, и тем самым результаты ее лечения.

374. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

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

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Изучить возможность применения видеолапароскопии у больных острым калькулезным холециститом со спаечной болезнью, на фоне хронических диффузных заболеваний печени. Материалы и методы. В работе проведен анализ результатов лечения 34 пациентов с острым калькулезным холециститом со спаечной болезнью на фоне хронических диффузных заболеваний печени, оперированные эндохирургическим методом за период 2011-2016 гг. Хронические диффузные заболевания представлены в основном хроническим гепатитом (13 – алкогольная болезнь печени, 25 – вирусный гепатит С и В) и 19 больных циррозом печени (12 – вирусной и 7 – алкогольной этиологии). Ранее перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости были связаны со следующими патологиями: резекции желудка – 3, ушивание перфорации язв желудка и 12 перстной кишки - 13, эхинококкэктомии из печени – 12, операции по поводу грыжи белой линии живота – 6. Из них 14 (41,2%) пациентам ранее было проведено 2 и более операции на верхнем этаже брюшной полости. Предоперационное обследование больных провели по общепринятым стандартам. Результаты. Выполнялись экстренные (n=8), срочные (n=15) и отсроченные (n=11) видеолапароскопические вмешательства. Из осложнений ЖКБ у 22 (64,7%) пациентов имелись деструктивные формы острого холецистита. Во время операций в 7 (20,5%) случаях вмешательства сопровождались повышенной кровоточивостью, и конверсия было выполнено у 2 (5,9%) больных. Основными причинами кровотечения являлись кровотечения

из ложа желчного пузыря (n=6) и в одном случае кровоточивость наблюдалась за счет выделения массивного висцеро-париетальной спайки. Кровотечения из ложа желчного пузыря остановлены применением пластин ТахоКомба. Во всех случаях операции завершены взятием биопсии из ткани печени. В послеоперационном периоде у 9 (26,5%) пациентов отмечены осложнения, в виде различных стадий гепатоцеллюлярной недостаточности, гипокоагуляционные расстройства, усугубление диспротеинемии, гипоальбуминемии и повышение активности трансаминаз. Учитывая наличие сопутствующих патологий в пред- и послеоперационном периодах, больным проводили направленную коррекцию функционального состояния печени, включая инфузий гепатотропных и антиоксидантных препаратов. Средняя продолжительность операции увеличивалась на 15-30 минут, за счет адгезиолизиса, что составила $59,6 \pm 6,1$ мин. Увеличение продолжительности ЛХЭ за счет адгезиолизиса на течение раннего послеоперационного периода не отразилось, но позволило избежать негативных последствий лапаротомии. Заключение. При наличии хронических диффузных заболеваний печени, в качестве фонового заболевания у больных с острым калькулезным холециститом со спаечной болезнью целесообразно применять лапароскопическую холецистэктомию, что способствует снижению осложнений.

375. МАРШРУТИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Фаттахов В.В.

Казань

Казанская государственная медицинская академия –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Анализ деятельности хирургических служб базовых поликлиник кафедры хирургии КГМА - ГАУЗ Городская поликлиника № 11 г. Казани МЗ РТ и ООО «Консультативно-диагностический центр Авиастроительного района» г. Казани показал, что наиболее частыми пациентами хирурга поликлиники являются больные с: •хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) без подтвержденного диагноза СД 2 типа, с метаболическим синдромом; •остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов. С деформациями стопы при атеросклерозе артерий, не осложненной диабетической стопой; •хроническими заболеваниями венозной системы ног: сетевой варикоз, варикозная болезнь, варикотромбофлебит, тромбофлебит глубоких вен ног, трофические язвы; •СД 2 типа с ХОЗАНК и диабетической стопой; •различными гнойно-воспалительными заболеваниями; •вибрационной болезнью. •синдромом (болезнью) Рейно; •после операций на артериях конечностей (баллонная дилатация, стентирование, шунтирование), проходящие консервативное лечение. •проходящие предоперационное исследование, которым планируются хирургические вмешательства на органах брюшной полости и малого таза,

конечностях; операции на трубчатых костях и эндопротезирование суставов. •онкологическими заболеваниями после радикального или паллиативного лечения, после лучевой и/или полихимиотерапии, как правило, с проявлениями токсической микроваскулярной кардиомиопатии. В патогенезе этих заболеваний лежит нарушение микроциркуляции крови со всеми вторичными изменениями тканей. Существует постулат «Здоровье человека, равно как и его возраст, определяется состоянием его сосудов». Как продолжение его нужно принять «Здоровый эндотелий - здоровые сосуды - здоровый человек». В настоящее время в клиническую практику активно входят различные методы неинвазивного исследования микроциркуляции крови человека с использованием лазерной доплеровской флоуметрии – ЛДФ и оптической тканевой оксиметрии (ОТО). Они позволяют определять состояние микроциркуляции и оксигенации тканей непосредственно в тестируемой области, а косвенно головного мозга, сердца, внутренних органов, в соответствии с зонами Захарьина-Геда (врач функциональный диагност). Более детально функционирование микроциркуляторного русла изучается при ана-лизе амплитудно-частотного спектра колебаний перфузии и по величинам амплитуд колебаний микрокровотока в конкретных частотных диапазонах. Одним из ранних признаков нарушения микроциркуляции - локальный спазм приносящих артериальных сосудов, застойные явления в посткапиллярных веноулярных сосудах и снижение интенсивности кровотока в нутритивном звене капиллярного русла. Для определения состояния механизмов регуляции тканевого кровотока, выявления скрытых нарушений микрогемодинамики и адаптационных резервов системы микроциркуляции необходимо выполнение функциональных проб, которые подразделяются на констрикторные и дилататорные. К констрикторным относятся дыхательная, с венозной окклюзией и постуральная пробы, а к дилататорным - тепловая, электростимуляционная и проба с артериальной окклюзией. Анализ жизнедеятельности биоткани по кислородному фактору осуществляется ме-тодом оптической тканевой оксиметрии (ОТО). ОТО определяет относительное насыще-ние кислородом крови - параметр SO₂ (сатурация) и относительный объем крови в облас-ти зондирования (параметр Vr). При реализации метода ОТО используются лазерные ис-точники на двух длинах волн 0,53 мкм (зеленая область спектра) и 0,63 мкм (красная об-ласть спектра). Оптимальным является построение программы медикаментозной терапии с привле-чением клинического фармаколога. К сожалению, клинические рекомендации носят обобщенный характер, а лечение должно быть персонифицированным, особенно у слож-ных больных. Также в лечебный процесс должны включаться физиотерапия (врач физио-терапевт) и лечебная физкультура (инструктор по лечебной физкультуре). В особых слу-чаях врач эксперт решает вопросы медико-социальной экспертизы. Построение адекватного маршрута обследования, лечения, реабилитации, своевременной медико-социальной экспертизы позволяет повысить качество лечебного процесса, способствует более раннему и эффективному восстановлению пациентов, является мерой профилактики вторичных осложнений, в том числе, фатальных.

376. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОБРАБОТКА ИНФИЦИРОВАННЫХ ОЧАГОВ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Зайнутдинов А.М. (1,2), Малков И.С. (1)

г. Казань

- 1) КГМА- филиала ФГБОУ ДМО РМАНПО Минздрава России.
- 2) ФГАУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

На кафедре хирургии КГМА- филиала ФГБОУ ДМО РМАНПО Минздрава России на базе ГАУЗ № 7 города Казани было проведено изучение эффективности санационной обработки раневых каналов и очагов некроза у 20 больных с инфицированным панкреонекрозом с использованием аппарата «SONOCA-185». В исследуемую группу включено 20 больных (4 женщины, 16 мужчин), в возрасте от 15 до 70 лет (средний возраст $-34\pm 6,5$ года) с наличием ран и полостных образований у больных с панкреонекрозом после проведения вскрытия гнойных полостных образований и абсцессов забрюшинного пространства поджелудочной железы, сальниковой сумки. Размеры раневой поверхности составляли от 4 до 12 см (в среднем, $8,6\pm 4,2\%$), глубиной от 6 до 14 см (в среднем, $10,2\pm 4$). У 14 пациентов обрабатывались полостные образования забрюшинного пространства в поясничной области справа, у 6 пациентов слева, у 5 пациентов в подвздошной области справа. У 6 пациентов через марсупиализационное отверстие, где гнойный очаг располагался в области головки и тела поджелудочной железы. Ультразвуковую обработку применяли для лечения полостных образований у больных с инфицированным панкреонекрозом после удаления дренажей Пэнроуза (в среднем, на $5,6\pm 1$ сутки). Проводилась бесконтактная УЗ обработка. В качестве акустической среды использовали раствор диоксида 100 мг на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Обработка проводилась на перевязках 2-3 раза в неделю. После ультразвуковой кавитации применялись повязки с мазью Левомеколь. У каждого больного проведено от 5 до 10 сеансов ультразвуковой обработки полостных образований и ран. В 3 случаях проведена ультразвуковая обработка грануляций на операции непосредственно перед закрытием раневого дефекта и наложением вторичных швов. Уже после одного сеанса ультразвуковой обработки ран у 2 больных отмечалось усиление экссудации и ее быстрое купирование, у остальных пациентов купирование гнойного воспаления. Данное явление позволяет ускорить переходу раны в стадию грануляции. При длительно заживающих ранах происходило очищение ран от фибрина, после 3-4 сеансах и отмечалась их активная эпителизация и быстрое заживление в течении 5 суток (в среднем на $7,6\pm 2$ сутки), не потребовавшие наложение вторичных швов. Выраженных болей и кровотечения из ран после УЗ обработки не отмечалось. Длительнозаживающие раны на 12-19 сутки (в среднем на $16,5\pm 4$ сутки) начинали выполняться грануляциями с умеренным серозным отделяемым. Раневые каналы после вскрытия абсцессов забрюшинного пространства и сальниковой сумки на 12-20 сутки (в среднем на $18,5\pm 4$ сутки) начинали выполняться грануляциями с умеренным гнойным, серозно-гнойным отделяемым. После 3-4 сеансов УЗ обработки длительно заживающих ран, полостных образований последние быстрее очищались гнойным отделяемым, раньше происходила эпителизация, в связи с чем не потребовалось наложение вторичных швов, закрытие раневых дефектов лоскутом. Таким образом, использование ультразвуковой

обработки ран и полостных образований с использованием аппарата «SONOCA-185» позволили сократить сроки стационарного лечения пациентов в среднем на 8 дней.

377.ЗАСТРЕВАНИЕ ДОСТАВОЧНОГО УСТРОЙСТВА ПРИ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ

Кочуков В.П.

Москва

ФГБУ "Объединенная больница с поликлиникой" Управления делами Президента РФ

Осложнения во время эндоскопических исследований могут быть обусловлены тремя основными группами причин: • первую группу причин составляют аллергические реакции на премедикацию? • вторая группа осложнений связана с техникой выполнения эндоскопических манипуляций? • третью группу причин составляют непосредственно сами эндоскопические манипуляции (полипэктомия, электрокоагуляция, наложение клипс и др. осложнения, обусловленные непосредственным проведением эндоскопических процедур, составляет наиболее серьезную проблему современной эндоскопии). К категории тяжелых осложнений относятся: – перфорация кишки при проведении колоноскопии? – кровотечение после эндоскопической полипэктомии? – перфорация мочевого пузыря при проведении литотрипсии камней в мочевом пузыре. На наш взгляд представляет определенный клинический интерес случай застревания доставочного устройства при выполнении эндоскопической полипэктомии полипа толстой кишки. У пациента 66 лет, мы наблюдали застревание доставочного устройства при выполнении эндоскопической полипэктомии полипа на длиной ножке на расстоянии 55см от ануса, размер головки полипа до 2см. Больному выполнено эндоскопическое удаление полипа с помощью петли, после отсечения в культе ножки полипа был виден тромбированный сосуд до 2мм в диаметре, с целью профилактики возможного кровотечения на культю полипа наложена одноразовая лигирующая петля фирмы Олимпус, после затягивания которой не произошло ее освобождение из доставочного устройства. Неоднократные попытки освобождения доставочного устройства не привели к результату, решено пересечь устройство у рукоятки и оставить в просвете кишки. Консультации по телефону с врачами эндоскопистами экспертного класса и поиск ответа на дальнейшие тактические действия в отношении оставленного устройства в доступной литературе мы не нашли. Таким образом, принимая во внимание высокий риск развития перфорации кишки от оставленного доставочного устройства, решено выполнить лапаротомию и извлечь это устройство из просвета кишки путем открытого вмешательства. Выполнена лапаротомия с вскрытием просвета толстой кишки и иссечением культи полипа вместе с доставочным устройством. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 12 сутки пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии. При гистологическом исследовании материал представлен при макроописании: участок ткани

серого цвета эластичной консистенции 0,9x0,6x0,3см с наличием элементов инородного тела трубчатого вида длиной 1,1см, диаметром 0,2см. При микроописании: участок слизистой оболочки толстой кишки с выраженным острым расстройством кровообращения, наличием фокусов ишемического некроза в зоне подслизистого фиброза, где определяются толстостенные сосуды с острыми красными тромбами в просветах (фиброзно-сосудистая ножка удаленной аденомы). Таким образом, осложнение, возникающее, после эндоскопических исследований встречается относительно редко, это осложнение требует проведения своевременного оперативного вмешательства.

378.ТЕХНОЛОГИЯ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ХИРУРГИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

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

Рязань

Гбу РО "ОКБ"

Введение. Аппендэктомия - одна из часто выполняемых операций в ургентной хирургии. Согласно национальным клиническим рекомендациям по лечению острого аппендицита у взрослых в качестве метода первого выбора аппендэктомии рекомендована лапароскопическая аппендэктомия. В последние годы все чаще используется технология единого лапароскопического доступа через единственный разрез в параумбиликальной области, что наряду с преимуществами лапароскопического доступа (уменьшает срок госпитализации пациента, уменьшает количество осложнений, включая внутрибрюшные абсцессы и кишечную непроходимость) позволяет выполнять операцию с превосходными косметическими результатами. В исследовании отражена сравнительная оценка результатов аппендэктомий выполненных в клинике за период с 2016г. с использованием стандартного лапароскопического и единого лапароскопического доступов. Материал и методы. Выполнен анализ результатов лечения пациентов с острым аппендицитом, оперированных в отделении хирургии №2 ГБУ РО «ОКБ» за период с 2016г. Всего выполнено 124 лапароскопических аппендэктомии, из них 32 (25,8%) с использованием единого лапароскопического доступа. В 106 (85,5%) случаях операция выполнена при флегмонозном воспалении червеобразного отростка, в 6 (4,8%) при гангренозном, в 12 (9,7%) катаральном. Все операции по технологии единого лапароскопического доступа выполнены в течение первых 24 часов с момента начала заболевания, когда изменения червеобразного отростка соответствовали флегмонозному аппендициту. Результаты и их обсуждение. Оценка результатов аппендэктомий, выполненных по технологии единого лапароскопического доступа и стандартного лапароскопического доступа показало, что среднее время операции составило 52 минуты (диапазон 25-84 минут) и 50 минут (диапазон 20-102 минуты) соответственно ($p = 0,5$). Средняя потеря крови была на

уровне 0 мл (диапазон 0-50 мл и 0-75 мл соответственно) ($p = 0,3$). Среднее послеоперационное пребывание в больнице составляло 3 дня (диапазон 2–5 дней) и 4 дня (диапазон 3–7 дней) соответственно ($p = 0,7$). Послеоперационные осложнения развивались в 6,25% (2/32) пациентов в группе единого лапароскопического доступа и 6,5% (6/92) пациентов в группе стандартного лапароскопического доступа ($p = 0,1$). Раневая инфекция развивалась в 3,1% (1/32) и 4,3% (4/92) соответственно ($p = 0,05$), в то время как интраабдоминальный абсцесс развился только при стандартной лапароскопической аппендэктомии в 1,1% (1/92) ($p = 0,1$). Другие осложнения, отмечены не были. В этом исследовании было два важных клинических наблюдения. Во-первых, оперативное время выполняемого оперативного вмешательства по технологии единого лапароскопического доступа сопоставимо с выполнением стандартной лапароскопической аппендэктомии. Во-вторых, сопоставима вероятность развития послеоперационных осложнений, что позволяет рекомендовать технологию единого доступа для выполнения аппендэктомии. Данное исследование имеет свои особенности: оно одноцентровое и ретроспективное. Большое значение приобретает выбор пациентов для аппендэктомии по технологии единого лапароскопического доступа: во всех случаях с момента ухудшения состояния до операции прошло менее 24 часов. Различие результатов операции между этими двумя группами сложно обнаружить, потому что в исследовании использован однофакторный анализ. Несмотря на эти особенности, представленный анализ позволит чаще рекомендовать к использованию в хирургии острого аппендицита технологию единого лапароскопического доступа. Выводы. Технология единого лапароскопического доступа при остром аппендиците сопоставима с возможностями стандартной лапароскопической аппендэктомии.

379.ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИЙ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЩЕЙ КИШКИ

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

Рязань

ГБУ РО "ОКБ"

Введение. Дивертикулы тощей кишки встречаются редко. Перфорация дивертикула – крайне опасное осложнение дивертикулярной болезни. Более чем у 80% пациентов перфорация дивертикула наступает внезапно и является первым проявлением патологии. Задержка диагноза при таком состоянии может стать фатальной. Выполнение лапароскопии при сохраняющихся болях в животе, особенно у пожилых пациентов, позволяет своевременно диагностировать это грозное осложнение. Презентация случаев. В марте и мае 2017г. в отделении хирургии №2 ГБУ РО «ОКБ» находились на лечении 2 больных с жалобами на интенсивные боли в животе, преимущественно в левой половине. Пациентки 67 и 84 лет, госпитализированы через 12 и 18 часов с момента ухудшения соответственно. Причем в

первом случае преобладали жалобы на острое начало заболевания, а во втором (у 84 летней пациентки) отмечается постепенное нарастание болевого синдрома. При обследовании в приемном покое выполнялось УЗИ брюшной полости, при котором свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. На обзорных Rg-граммах брюшной полости патологических уровней жидкости и газа у пациенток также не выявлено. В крови лейкоциты $14,4 \cdot 10^9/\text{л}$ и $4,8 \cdot 10^9/\text{л}$ соответственно. Пациенткам в срок до 3х часов с момента госпитализации выполнена диагностическая лапароскопия в связи с появлением перитонеальных симптомов. В обоих случаях, при осмотре тонкой кишки, в 20см от связки Трейца, выявлен фрагмент тощей кишки (длиной до 50см), с множественными дивертикулами, размером максимально до 3-4см в диаметре, расположенными как по брыжеечной, так и противобрыжеечной поверхности. При этом в одном из дивертикулов участок некроза 0,5см с точечным перфорационным отверстием и подтеканием кишечного содержимого. В обоих случаях в области левого латерального канала до 100мл мутного серозного выпота с единичными хлопьями фибрина - осушен. Интраоперационно установлен диагноз: Дивертикулы тощей кишки с перфорацией. Диффузный серозно-фибринозный перитонит. Пациенткам выполнена лапаротомия с последующей резекцией участка тощей кишки с дивертикулами и зоной перфорации. Межкишечный анастомоз в обоих случаях сформирован по типу конец в конец однорядным обвивным швом. Послеоперационный период протекал гладко. Обе пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии на 5 сутки. Гистологическое заключение подтвердило наличие дивертикулита тощей кишки, дивертикулит с перфорацией. Обсуждение. Распространенность дивертикулов тощей кишки по данным авторов (Kassir R. et al., 2015; Staszewicz W., et al., 2015) колеблется от 0,06% до 1,3%. Заболевание протекает бессимптомно, и зачастую именно осложнение приводит пациента в медицинское учреждение (Зайцева Е.В. и др., 2009; Пасечников В.Д., Чуйков С.З., 2005). Перфорация дивертикула требует соответствующего оперативного лечения. Предложены различные хирургические методы (El-Haddawi F., Civil I., 2015; Woubet T.K., et al., 2007): 1) ушивание перфорации (в том числе с дополнительной фиксацией большого сальника); 2) инвагинация дивертикула; 3) сегментарная резекция измененного участка тонкой кишки. Первые два метода вызывают сомнения, так как сохраняется возможность рецидива заболевания (Kassir R. et al., 2015). При наличии осложнений именно резекция измененного участка кишки выглядит предпочтительным вариантом операции. Заключение. Дивертикулы тощей кишки могут явиться источником инфицирования брюшной полости у пожилого пациента. Заболевание сложно диагностировать, поэтому важно рассматривать перфорацию дивертикула как причину острой боли в животе. Активная хирургическая тактика, в том числе с применением современных лапароскопических технологий на диагностическом этапе, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с перфорацией дивертикулов тощей кишки. Вариантом хирургического лечения в этом случае следует рассматривать сегментарную резекцию измененного участка тонкой кишки.

380.АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов А.М., Ш.М.Хандулаев, С.С.Давудов

Махачкала

ГБУ МЗ РД "РКБ-ЦСЭМП"

Актуальность проблемы. В последние годы наблюдается неуклонный рост числа пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой, который не имеет тенденции к снижению. Тяжелое состояние и коморбидность требует при лечении пациентов с механической желтухой применение современных мининвазивных и эндоскопических технологий, отличающихся малой травматичностью и низкими показателями летальности. Цель исследования – оценить эффективность эндоскопических операций при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой. Материал и методы. В работе представлен анализ результатов лечения 69 пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой в возрасте от 27 до 87 лет. Среди них мужчин было 17(24,6%), женщин – 52(73,4%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Все пациенты были госпитализированы с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой разной степени тяжести. Желтухой легкой степени тяжести поступили 22(31,9%) пациентов, средней степени тяжести – 15(21,7%), тяжелой степени – 32(46,4). При экстренной эндоскопии диагностирована следующая патология: папиллит + холедохолитиаз – у 27(39,1%) пациентов, папиллостеноз+холедохолитиаз – у 9(13,0%), папиллит+папиллостеноз + холедохолитиаз – у 10(14,5%), холедохолитиаз + вклинившийся конкремент- у 5(7,2%), рестеноз БДС после ЭПСТ – у 2(3,0%), папиллит + холедохолитиаз + дивертикул двенадцатиперстной кишки – у 2, папиллит + холедохолитиаз + гнойный холангит – у 3(4,4%), резидуальный холедохолитиаз после ЭПСТ+ литоэкстракции – 4(5,8%), рестеноз после ЭПСТ + дивертикул двенадцатиперстной кишки – у 3(4,4%), папиллит + холедохолитиаз + дивертикул двенадцатиперстной кишки – у 4 (5,8%). После дуоденоскопии 64(92,8%) пациентам была выполнена ЭПСТ+ литоэкстракция корзиной Dormia, из них у 17(26,6%) пациентов канюлировать БДС удалось лишь после предварительной ЭПСТ, 2(2,9%) пациентам после ЭПСТ был установлен назобилиарный зонд, 5(7,3%) – выполнена ревизия холедоха корзиной Dormia, 2(2,9%) после ЭПСТ +литоэкстракции установлен стент, 1(1,5%) – выполнена баллонная дилатация сфинктреа БДС+ литоэкстракция корзиной Dormia. Результаты. Интраоперационное кровотечение из рассеченных краев БДС наблюдалось у 47(62,3%) пациентов. Чаще всего кровотечение мы наблюдали у пациентов с папиллитом и папиллостенозом. Из 39 пациентов с папиллитом, осложненным холедохолитиазом, после ЭПСТ интраоперационное кровотечение наблюдали в 21 (53,8%) случае. Из 13 пациентов с сочетанной патологией (папиллит + папиллостеноз + холедохолитиаз) при ПСТ наблюдалось кровотечение из краев раны у 9(69,2%). Во всех случаях дуоденальное кровотечение было остановлено диатермокоагуляцией. Рецидива кровотечения не наблюдали. Ни одного случая кровотечения из БДС мы наблюдали у пациентов с вклиненным камнем БДС. Травматический панкреатит (ТП) развился у 5(7,8%) пациентов, который купировался после консервативного лечения. После ЭПСТ + ПСТ и литоэкстракции билирубин снизился у 57(82,6%) пациентов. Длительность механической желтухи после операции зависела от степени выраженности явлений холангита. Показатели билирубина после ЭПСТ и литоэкстракции не снижались у

пациентов с резидуальным холедохолитиазом, носили реммитирующий характер, что указывало на целесообразность повторного оперативного вмешательства. Выводы. 1). Наиболее частой причиной развития механической желтухи при желчнокаменной болезни явился холедохолитиаз на фоне папиллита, папиллостеноза, гнойного холангита. 2). Причиной кровотечения из БДС при ЭПСТ считаем гнойный холангит. Рекомендации. С целью ускорения процесса очищения желчных путей от «замазки» и гноя, купирования холангита пациентам после ЭПСТ необходимо еще до операции назначить антибактериальную, инфузионную, гепатотропную, холелитическую терапии. Для профилактики интраоперационного кровотечения из БДС пациентам с механической желтухой назначать необходимо викасол, дицинон.

381. ЭВОЛЮЦИЯ ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПОСЛЕ МИНИИНВАЗИВНОЙ ХОЛЕЦИСТОСТОМИИ

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Давудов С.С., Абдулжалилов А.М., Магомедов М.А.

Махачкала

ГБУ МЗ РД "РКБ-ЦСЭМП"

Актуальность. Проблема лечения пациентов пожилого и старческого возраста с острым обтурационным калькулезным холециститом (ООКХ) остается одно из актуальных задач абдоминальной хирургии. Миниинвазивная холецистостомия (МИХС) как первый этап позволяет улучшить результаты хирургического лечения. Цель исследования. Оценить эффективность применения МИХС при лечении пациентов с ООКХ. Материал и методы. В работе представлен анализ результатов двухэтапного лечения 37 пациентов с ООКХ. Возраст пациентов составлял от 34 до 88 лет. Среди них мужчин было – 16 (43,2%), женщин – 21 (56,8%). Все пациенты по возрасту распределились следующим образом: до 40 лет - 1 (2,7%), 41-60 лет – 11 (29,7%), 61-80 лет – 17 (46,0%) и старше 80 лет – 8 (21,7%). Большую часть составили пациенты старше 60 лет. Коморбидность имели все пациенты, среди которой превалировала коронарная патология (25 пациентов – 67,6%). Ожирением страдали 32 пациента (86,5%): первой степени - 11 (34,4%) второй – 13 (40,6%), третьей – 8 (25,0%). До 24 часов госпитализированы 7 (18,9%) пациентов, через сутки – 2 (5,4%), через 2 суток – 14 (37,8%), 3 суток – 10 (27,2%) и 4 суток – 4 (10,8%). Наибольшее число пациентов обратились за экстренной помощью на 2-3 сутки (64,9%). При УЗИ размеры желчного пузыря превышали норму у 36 (97,3%) пациентов, а толщину стенки до 5 мм достигали у 9 (24,3%) пациентов, до 6 мм – у 8 (21,6%), до 7 мм – у 15 (40,5%), более 7 – у 5 (13,5%). МИХС выполняли после премедикации под местной анестезией под контролем УЗИ с использованием катетера Малеко. Пункцию выполняли в 7-8 межреберье справа. При этом из желчного пузыря эвакуировали у 4 (10,8%) пациентов до 70 мл гнойной жидкости, у 7 (18,9%) - до 80 мл, у 10 (27,0%) - до 100 мл, а у 16 (43,2%) - более 100 мл. После стабилизации состояния и купирования болевого синдрома

оперирован 21(56,8%) пациент, остальные из-за наличия противопоказаний выписаны на амбулаторное лечение. Выполнены следующие оперативные вмешательства: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) – 11(52,4%), традиционная холецистэктомия (ТХЭ) – 6(28,6%), ТХЭ с дренированием холедоха -2(9,5%), традиционная холецистостомия (ТХС) – 2(9,5%). Полученные результаты. Во время второй операции после МИХС хирурги обнаруживали утолщение, гиперемию и инфильтрацию стенки ЖП, что указывало на отсутствие регресса воспаления ЖП. При ЛХЭ была 1(9,1%) конверсия. Продолжительность малоинвазивной холецистэктомии (МИХЭ) составила 67,5+25,0 мин., а ЛХЭ - 104,1+48,7 мин., что превосходит в 1,5 раза. Наибольшие технические трудности при ЛХЭ отмечались у пациентов с толщиной стенки ЖП более 7 мм. Обсуждение. Наши наблюдения показали, что чем больше времени проходит от первого до второго этапа операции, тем больше выражены деструктивные изменения в стенке ЖП, которые создают субоперационные технические трудности. Отсутствие регресса воспалительного процесса в ЖП наводит на мысль о необходимости разработки способа профилактики и купирования воспалительного процесса в ЖП после МИХС с целью снижения интра- и послеоперационных осложнений на втором этапе. В то же время, возникает вопрос о целесообразности ЛХЭ у пациентов, перенесших операцию МИХС. Динамика патологических изменений в ЖП с считаем результатом быстрой декомпрессии ЖП у пациентов ООКХ. Выводы. Целесообразно второй этап операции выполнить после предоперационной подготовки не позднее 2-3 суток после МИХС. На данном этапе после МИХС у пациентов с ООКХ ТХЭ через мини-доступ более предпочтительна. Коррекция последствий МИХС позволит расширить показания для ЛХЭ. Рекомендации. Для устойчивой тракции ЖП при ЛХЭ у пациентов после МИХС целесообразно через 5 мм порт ввести в просвет ЖП катетер Фолея, раздуть его баллон, захватить катетер у стенки ЖП эндозажимом и использовать для тракции и ротации ЖП.

382.ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОДНОМОМЕНТНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОПЛИКАЦИИ И АБДОМИНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.

Галимов О.В., Сагитдинов Р.Р., Ханов В.О., Зиангиров Р.А.

Уфа

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

Вопросы хирургического лечения морбидного ожирения чрезвычайно актуальны вследствие распространенности данной патологии. К дискуссионным моментам проблемы относятся показания к сочетанным вмешательствам. Многие авторы предпочитают отдельно выполнять бареартрические вмешательства и манипуляции на брюшной стенке вследствие угрозы послеоперационных осложнений. Минимизация этапов оперативного вмешательства позволяет расширить показания к сочетанным вмешательствам. Нами предложен

оригинальный способ лапароскопической гастропликации, что позволяет снизить послеоперационные риски и расширять объемы сочетанных вмешательств (в частности выполнять одномоментную абдоминопластику) у больных с морбидным ожирением. Суть метода гастропликации заключается в том, что большую кривизну желудка сворачивают в трубочку в виде «рулета». После этого осуществляется фиксация непрерывным швом сформированной желудочной трубки на калибровочном желудочном зонде. Клинический пример. Пациентка Б. 48 лет, поступила в Клинику БГМУ с жалобами на лишний вес (125 кг, рост 168 см ИМТ=44,3), отвислый живот, опухолевидное образование передней брюшной стенке, в области пупка, увеличивающееся в вертикальном положении и уменьшающееся в положении лёжа, вправимое в брюшную полость. Больной себя считает в течение более 15 лет. Диагноз: Ожирение IV степени. Отвислый живот. Соп.: Грыжа белой линии живота. Пациентке была выполнена симультанная операция: лапароскопическая гастропликация (по оригинальной методике), пластика передней брюшной стенки с применением сетчатого эндопротеза, абдоминопластика. Общее время операции составило 3ч55 мин. Послеоперационный период гладкий. На 7-е сутки была выполнена рентгеноскопия желудка. Пациентка выписана на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по питанию и графиком повторных осмотров. Швы полностью сняты на 14-е сутки, заживление первичным натяжением. Через месяц после операции вес пациентки составил 112 кг (ИМТ=39.7 – ожирение III степени), чувствует себя удовлетворительно, диспепсических явлений не отмечает. Таким образом, у данной пациентки минимизирован риск повторных операций и связанных с ними возможных осложнений.

383. ВЛИЯНИЕ ФЛЕБОТониКОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ

Белик Б.М. (1), Ковалев А.Н. (1), Хатламаджиян А.Л. (1, 2)

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. Одной из наиболее актуальных задач неотложной колопроктологии является повышение эффективности лечения острого геморроя путем применения малоинвазивных хирургических технологий в сочетании с комплексной фармакотерапией. Цель работы: оценить влияние флеботоников на результаты лечения больных острым геморроем при использовании малоинвазивных хирургических технологий. Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 293 пациентов с острым геморроем II-III стадии в возрасте от 18 до 75 лет за период с 2012 по 2017 гг., находившихся в условиях стационара «одного дня». У всех пациентов на первом этапе лечения проводилась консервативная терапия, направленная на купирование воспалительного процесса. В последующем этим

больным проводилось хирургическое лечение с использованием малоинвазивных технологий. У 37 (12,6%) пациентов выполняли иссечение геморроидальных узлов аппаратом «сургитрон», у 48 (16,4%) - лигирование их латексными кольцами, у 30 (10,2%) - доплероориентированную дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов с муксепксией и лифтингом слизистой (технология HAL-RAR). У большей части больных (178 пациентов – 60,7%) при хирургическом лечении применяли различные сочетания этих методов, а также их комбинации с другими малоинвазивными технологиями (лазерная вапоризация, фотокоагуляция и склерозирование геморроидальных узлов). Все пациенты были разделены на две группы: I группа (контрольная) - 145 пациентов, которые получали стандартный курс медикаментозной терапии без назначения венотоников; II группа (основная) - 148 пациентов, которым до операции и на протяжении 2-3-х недель после нее дополнительно назначали венотонизирующий препарат «Детралекс» (микронизированная очищенная флавоноидная фракция). «Детралекс» назначался до операции по 2 таб. 2 раза в сутки, после операции - по 2 таб. 3 раза в сутки в течение 3-4-х дней, затем по 2 таб. 2 раза в сутки. При оценке результатов лечения у пациентов исследуемых групп с помощью стандартных визуально-аналоговых балльных шкал в сравнительном аспекте учитывали следующие клинические показатели: наличие и степень тромбоза, выраженность болевого синдрома и отека. В образцах плазмы крови определяли уровни провоспалительных цитокинов IL-6 и FNO-? и концентрацию С-реактивного белка (СРБ). Результаты и обсуждение. Установлено, что у пациентов II группы, получавших препарат «Детралекс», явления острого геморроя протекали в более легкой степени и купировались в значительно более ранние сроки ($7,2 \pm 1,4$ суток от начала лечения) по сравнению с больными I группы, у которых регресс острого воспалительного процесса наблюдался лишь к $18,5 \pm 2,3$ суткам. У пациентов II группы болевой синдром ликвидировался в среднем на $4,2 \pm 1,1$ сутки, тогда как у больных I группы – не ранее $7,6 \pm 1,1$ суток. На 8-10-е сутки от начала лечения выраженность болевого синдрома, оцениваемая по 5-балльной вербальной рейтинговой шкале, у пациентов II группы не превышала $1,4 \pm 0,3$ балла, что было достоверно ниже по сравнению с аналогичным значением в эти же сроки у больных I группы ($3,5 \pm 0,5$ балла). У пациентов II группы частота развития тромбозов узлов была существенно ниже (22,3%), чем в I группе больных (46,2%). При этом у больных II группы выраженность тромбоза ($2,5 \pm 0,5$ баллов) и отека ($2,0 \pm 0,5$ баллов) была достоверно меньше по сравнению с пациентами I группы (соответственно $3,6 \pm 1,2$ и $4,6 \pm 1,1$ баллов). У пациентов II группы, получавших препарат «Детралекс», содержание IL-6 ($8,6 \pm 1,3$ пг/мл) , FNO-? ($9,3 \pm 1,8$ пг/мл) и концентрация СРБ ($14,9 \pm 2,1$ мг/л) в плазме крови были достоверно ниже по сравнению с аналогичными показателями в I группе больных (соответственно $13,1 \pm 2,5$ пг/мл, $17,6 \pm 2,4$ пг/мл и $28 \pm 4,2$ мг/л), что указывало на меньшую выраженность острого воспалительного процесса. Ускоренный регресс острых воспалительных явлений в условиях применения «Детралекса» позволил у пациентов II группы произвести радикальное хирургическое лечение геморроя с использованием малоинвазивных технологий в более ранние сроки ($9,1 \pm 2,3$ суток) по сравнению с больными I группы, где оперативное вмешательство выполняли лишь на $19,5 \pm 3,2$ сутки. Частота послеоперационных осложнений (кровотечение, некроз, инфекция в зоне хирургического вмешательства) у больных II группы составила 6,8%, тогда как у больных I группы этот показатель был существенно выше (12,4%). В целом хорошие и удовлетворительные результаты лечения получены у пациентов II группы в 93,9% случаях, неудовлетворительные результаты – у 6,1% пациентов. У больных I группы хорошие и удовлетворительные

результаты лечения достигнуты у 86,2% пациентов, неудовлетворительные результаты – у 13,8% больных. Выводы. Применение флеботоников в комплексном лечении острого геморроя способствует быстрому регрессу воспалительного процесса и отека в зоне анального канала, что позволяет произвести радикальное оперативное вмешательство в более ранние сроки с использованием малоинвазивных хирургических технологий. При этом существенно повышается эффективность применения малоинвазивных вмешательств, что подтверждается снижением частоты послеоперационных осложнений на 5,6%, увеличением количества хороших и удовлетворительных результатов лечения на 7,7%, а также уменьшением сроков послеоперационной реабилитации пациентов.

384.СОВРЕМЕННЫЕ САНАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Сергеев В.А., Глухов А.А.

Воронеж

1)ОГУ им.И.С. Тургенева, Медицинский институт, 2) ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Актуальность. Количество пациентов, страдающих грыжами различной локализации, составляют от 3 до 4% населения. Неслучайно операции по поводу устранения дефекта брюшной стенки занимают первое место среди всех плановых оперативных вмешательств. Среди известных способов операций по поводу вентральных грыж ненатяжная герниопластика (НГ) в настоящее время выполняется в подавляющем большинстве случаев. Частота гнойных осложнений после грыжесечения, по данным разных авторов, составляет до 19,1 % случаев. Цель: Оценить эффективность комплексного подхода при лечении инфекционных раневых осложнений НГ с применением современных санационных технологий: ультразвуковых, вакуумных, метода программной ирригационно-аспирационной санации (ПИАС). Материал и методы: За 2011-2016 годы анализированы результаты лечения 42 больных с различными видами гнойно-некротических осложнений после НГ – флегмоны, абсцессы, гнойно-некротические раны в области послеоперационного рубца, гнойные свищи. Все больные были оперированы ранее с выполнением НГ, всем – onlay. Основную группу составили 27 пациентов, средний возраст - 54,4±14,8 лет, мужчин было – 9 (33,3 %), женщин – 18 (66,6 %). Миграция или деформация сетчатого протеза по результатам УЗИ имели место в 15 случаях (55,6 %). Средний исходный уровень бактериальной обсемененности раневого отделяемого, выраженный через десятичный логарифм КОЕ/мл, составил 8,6±0,6. Группу сравнения составили 15 пациентов, средний возраст - 56,2±12,8 лет, мужчин было – 4 (26,7 %), женщин – 11 (73,3 %). Миграция или деформация сетчатого протеза по данным УЗИ выявлена в 8 случаях (53,3 %). Средний исходный уровень бактериальной обсемененности раневого отделяемого составил 7,8±0,8. По характеру патологии группы исследования были сопоставимы. Всем больным проводилась санация гнойного очага, сетчатый протез частично

удален в основной группе в 4-х случаях, в группе сравнения – в 3-х случаях. В основной группе исследования хирургическая обработка гнойной раны была дополнена ультразвуковой кавитацией с использованием аппарата SonoSca 185 фирмы Soring, рана дренировалась трубчатыми дренажами, которые выводились через контрапертуры, рана затем ушивалась наглухо, а после операции применялся метод ПИАС с использованием устройства АМП-01. Устройство оснащено датчиком давления, позволяющим устанавливать и поддерживать определенный уровень разряжения в гнойной полости в автоматическом режиме. С помощью панели управления данного устройства устанавливалась программа последовательного включения циклов нагнетания антисептика в раневую полость, его экспозиции и эвакуации отработанного раствора. Программную санацию осуществляли каждые 3 часа, чередуя ее с периодами активной аспирации (1 час), создаваемыми устройством АМП-01 в режиме «аспирация». При этом создавали отрицательное давление в гнойной полости на уровне 60-80 мм рт. ст. Данную методику применяли в первые 3-5 суток лечения, ориентируясь на местные, общие признаки течения гнойного процесса, данные бактериологического исследования. Затем переходили на активную аспирацию. В группе сравнения применялись традиционные методы местного лечения: мази на ПЭГ-основе, растворы йодофоров. Методы исследования: общеклинические, бактериологический, бактериоскопический, цитологический, математический. Результаты: Снижение уровня микробной обсемененности в раневом отделяемом ниже критического уровня в основной группе было отмечено на 3-4-е сутки, а в группе сравнения - на 7-9-е сутки. В основной группе в 2-х случаях (7,4 %) имело место нагноение раны, что потребовало проведение повторной хирургической обработки гнойного очага и удаления нестабильных имплантов. В группе сравнения при прогрессировании гнойного процесса были удалены нестабильные и мигрировавшие протезы в 7 случаях (46,7 %). Сроки пребывания в стационаре больных основной группы составили в среднем $14,2 \pm 2,2$ суток, группы сравнения - $23,6 \pm 2,8$ суток ($p < 0,05$). Рецидивы гнойных осложнений в сроки от 6 мес. до 4 лет наблюдали в основной группе в 3-х случаях (11,1 %), в группе сравнения – в 4-х случаях (26,7 %). Обсуждение. Применение современных санационных технологий: ультразвука, вакуума и метода ПИАС, в полной мере соответствует принципам активной хирургической тактики, способствуя тем самым активному удалению из гнойного очага нежизнеспособных тканей и микробных тел, ускорению деконтаминации тканей раны, что существенно сокращает сроки течения первой фазы раневого процесса. Раннее закрытие раны швами приводит к более быстрому и полноценному формированию внутри полости грануляционной ткани, т.е. сокращению течения и второй фазы раневого процесса. Вывод: Применение метода ПИАС в комплексе с ультразвуковыми и вакуумными технологиями позволяет достоверно повысить качество санации гнойных очагов у больных с инфекционными раневыми осложнениями НГ, что способствует улучшению результатов лечения и сокращению сроков пребывания в стационаре. Количество сохраненных имплантов при купировании гнойного процесса и снижение процента рецидивов в отдаленном периоде позволяет нам рекомендовать применение метода ПИАС в комплексе с ультразвуковыми и вакуумными технологиями для лечения инфекционных раневых осложнений НГ.

385. ДРЕНИРОВАНИЕ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Зайнутдинов А.М., Малков И.С.

Казань

КГМА- филиала ФГБОУ ДМО РМАНПО Минздрава России

На базе кафедры хирургии ГБОУ ДПО КГМА проведен анализ использования лапароскопического дренирования сальниковой сумки при остром панкреатите. Из 309 больных с острым панкреатитом, находившихся на лечении в клиниках кафедры хирургии ГБОУ ДПО КГМА была проведена лечебно-диагностическая лапароскопия у 272 (88%) мужчин, 37 (12%) женщин в возрасте от 17 до 84 лет. Средний возраст составил 42,4 года. Показаниями к проведению дренирования сальниковой сумки являлись геморрагический панкреонекроз с субтотальным поражением поджелудочной железы, скопление жидкости в сальниковой сумке в объеме до 100 мл. У 38 больных было выполнено лапароскопическое дренирование сальниковой сумки у 33 мужчин (87%), 5 женщин (13%) в возрасте от 31 до 69 лет. Средний возраст составил 50 лет. Дренаж сальниковой сумки удалялись в среднем на 16 сутки после операции. У 8 больных, которым проводили лапароскопическое дренирование сальниковой сумки потребовалась пункция и дренирование под УЗИ сальниковой сумки. В клинике разработан и широко используется “сквозной” многодырчатый дренаж, который устанавливается после мобилизации и низведения селезеночного угла толстой кишки. У 11 больных применена оригинальная методика дренирования сальниковой сумки, когда под контролем лапароскопа производили перфорацию в бессосудистом участке брыжейки поперечно-ободочной кишки. Использование лапароскопического дренирования сальниковой сумки в лечении острого деструктивного панкреатита позволило повысить хирургическую активность и снизить общую послеоперационную летальность до 13,4%. При панкреонекрозах средней степени тяжести летальность удалось снизить до 5%, а при тяжелых до 26%.

386.ВНУТРИОРГАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Терещенко С.Г., Мечёва Л.В.

Москва

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

Гастродуоденальные кровотечения являются наиболее опасными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), а также симптоматических эрозивно-язвенных поражений той же локализации. Метериал и методы. В исследование были включены 467 больных, лечение которых осложнилось гастродуоденальными кровотечениями. Мужчин было 326(70%), женщин – 141(30%). Возраст — от 60 до 93 лет, среднее значение возраста — 60,5 лет. Язвенная болезнь желудка и ДПК была у 211(45%), симптоматические язвы – у 256 (55%). Размеры язв — от 0,5 до 2,5 см. Все больные в зависимости от применяемого лечебного комплекса были разделены на две равнозначные группы: основную — 240(51,3%), и группу сравнения — 227(48,7%) пациентов. В лечении кровотечений в основной группе использовали комбинированный метод эндоскопического гемостаза: орошение и/или обкалывание препаратом Гемоблок. В группе сравнения применяли электрокоагуляцию и/или инъекционный метод. Все больные получали ингибиторы протонной помпы. Согласно эндоскопической классификации кровотечений (Forrest,1987) больные распределились следующим образом: кровотечение FIA выявлено у 66(14%) больных, при этом в основной группе у 32(48%), в группе сравнения у 34 (52%), FIB – у 92(20%), соответственно 47 (51%) и 45(49%), FIIA — у 111(24%), соответственно 60(54%) и 51(46%), FIIB – у 131(28%), соответственно 65(50%) и 66 (50%), FIIC — 67(14%), соответственно 33(49%) и 34(51%) больных. Статистическая обработка результатов выполнена с помощью системы статистического анализа данных Statistica 10,0. Результаты и обсуждение. Применение Гемоблока у больных с кровотечением FIA имеет недостаточную эффективность, но способствует визуализации зоны язвнного дефекта и оптимизирует применение средств эндоскопического гемостаза. У больных с FIB гемостаз в основной группе достигнут у 43 (91%) больных, рецидив кровотечения имел место у 6 (14%), оперировано 4(8,5%), что достоверно отличалось от контрольной группы: соответственно 34 (75,5%), рецидив у 12 (35,2%), оперировано 11 (24,5%) ($p < 0,05$). При FIIA в группе сравнения рецидив отмечен у 14 (27,4%) больных, оперировано 8, что было достоверно ($p < 0,05$) больше, чем в основной группе, где рецидив был у 6 (10%), и было оперировано 2 пациента. При FIIB в основной группе при удалении сгустка кровотечение развилось в 13(20%) наблюдениях, рецидив был в 5(8%), оперировано 5(8%), что было достоверно ($p < 0,01$) меньше, чем в группе сравнения (соответственно 30(44%) и 17 (33%)). При FIIC достоверных различий в группах не выявлено. Сроки репарации язвенных дефектов в основной группе составили $9,8 \pm 0,7$ дня, что достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем в группе сравнения — $12,6 \pm 1,1$ дня. Заключение. Применение средства «Гемоблок» позволяет достичь остановки кровотечения без деструктивного воздействия на источник, обеспечивает профилактику рецидива. Использование данной методики привело к сокращению частоты рецидивов в 2 раза, уменьшению количества неотложных операций в 3,5 раза, снижению летальности от кровопотери в 2,3 раза. Внутриорганное применение препарата Гемоблок в комплексном лечении осложненного течения гастродуоденальной

язвенной патологии способствует сокращению сроков заживления и пребывания в стационаре. Рекомендуем предложенную методику для широкого применения в комплексном лечении острых гастродуоденальных кровотечений, особенно у пациентов с симптоматическими эрозивно-язвенными кровотечениями.

387. ПАНКРЕАТИТ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Евсеев Р.М.

Ульяновск

Медицинский факультет им. Т.З. Биктимирова
Ульяновского государственного университета

В настоящее время во всем мире наблюдается рост сочетанного травматизма. Несмотря на успехи современной медицины, более трети больных данной категории погибают от различных осложнений в посттравматическом периоде. Развитие острого панкреатита значительно утяжеляет состояние больных в посттравматическом периоде и может явиться непосредственной причиной смерти. Цель: оценить частоту развития острого панкреатита у больных тяжелой сочетанной травмой при повреждении органов брюшной полости с интактной поджелудочной железой. Материал и методы. В клинике кафедры общей и оперативной хирургии медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета на базе Центральной городской клинической больницы города Ульяновска с 2015 по 2017 годы на лечении с тяжелой сочетанной травмой в отделении реанимации находились 145 пострадавших, у которых было выявлено повреждение органов брюшной полости. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография органов брюшной полости по показаниям. Критерии включения: пациенты старше 18 лет, у которых на момент поступления не было признаков хронического или острого панкреатита. Критерии исключения: умершие в первые 48 часов с момента получения травмы, наличие повреждения поджелудочной железы. Результаты. Всего обследовано 107 пациентов, из которых у 69 (64,5%) были выявлены признаки острого панкреатита уже на 5 сутки с момента получения травмы. У оставшихся 38 (35,5%) пострадавших признаков панкреатита не выявлено. С признаками панкреатита было 74 (69,2%) пациента мужского пола, оставшиеся 33 (30,8%) - женского. Пациентам с повреждением органов брюшной полости выполнялась лапаротомия, ревизия, дренирование брюшной полости. Резекция и/или ушивание органов по показаниям. Разрыв паренхиматозных органов с гемоперитонеумом было выявлено у 33 пострадавших. Выводы: 1. Панкреатит у больных с тяжелой сочетанной травмой развивается более чем в 60% случаях. 2. Среди мужчин частота развития острого панкреатита при сочетанной травме выше, чем

среди женщин. 3. Для повышения качества лечения, а, следовательно, и выживаемости пациентов, необходимо внедрять методы ранней диагностики острого панкреатита.

388.ОЦЕНКА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.

Зайнутдинов А.М. (1), Малков И.С.(1), Бердников А.В. (2)

Казань

1) КГМА- филиала ФГБОУ ДМО РМАНПО Минздрава России 2) КНИТУ им. А.Н. Туполева

Одним из факторов, определяющим исход и течение патологического процесса при остром деструктивном панкреатите является функциональная недостаточность ЖКТ. Одним из способов изучения состояния ЖКТ является определение биоэлектрической активности ЖКТ. В связи с этим на базе кафедры хирургии КГМА проводили исследование биоэлектрической активности (БЭА) ЖКТ (желудочно-кишечный тракт) методом электрогастрографии, разработанный М.А.Собакиным и основанный на исследовании особенностей спектральных и корреляционных характеристик инфранизкочастотных колебаний биопотенциалов отведений, фиксируемых на конечностях пациента. Для регистрации электромиографической активности различных отделов ЖКТ был использован компьютерный гастроэнтерограф (патент РФ №2088147), разработанный А.В. Бердниковым. В группы больных были включены 38 больных, средний возраст составил 49 лет. Мужчин было 46 (95,8%), женщин – 2 (4,2%), в возрасте от 18 до 63 лет. 20 больных было со средней степенью тяжести, 18 - с тяжелой степенью тяжестью, перенесшие оперативные вмешательства (лапароскопия, пункция и дренирование под УЗИ контролем, лапаротомия, люмботомия, марсупилизация). При поступлении больных с острым панкреатитом оценивали их состояние по факторам риска, влияющим на прогноз заболевания. Для объективной оценки течение панкреатита и тяжести состояния мы использовали систему бальной оценки тяжести течения панкре-онекроза, предложенную Савельевым В. С. и соавторами, (1998), где на основании интраоперационных и инструментальных данных рассчитывается индекс поражения поджелудочной железы, забрюшинного про-странства и брюшной полости (ИБП), а также оценку тя-жести физиологического состояния больного (ТФС). На основании гемодинамических и клинических показателей послеоперационного периода высчитывается сумма баллов. При проводимой записи учитывались наличие так называемых 90 минутных "тощаковых" периодов моторной активности ЖКТ, включающих в себя периоды "возбуждения" и "релаксации", длительность записи первичных массивов данных была принята равной 45-50 мин. (сериями по 7,5мин.). В зависимости от исхода течения заболевания, диагностических критериев полученные данные по биоэлектрической активности разделили на группы с благоприятным и неблагоприятным прогностическим течением острого панкреатита. При благоприятном течении нормализовались показатели ТФС, отхождение газов на 3 стуки и самостоятельный стул на 4. При благоприятном прогнозе биоэлектрическая активность на 10 сутки желудка составляла

460,3±21 мкВ- 21,4±3,1 мкВ, в 12 -перстной кишки 622,8±31,4 мкВ - 29,2±4,1 мкВ, в дистального отдела тонкой кишки 630,6±7,3 мкВ - 38,3±6,3 мкВ, толстой кишки 618,7±36,7 мкВ-19,8±3,1 мкВ. На 14-21 дни данные показатели приходили к норме: желудок- 160,7±20,0 мкВ-60,7±6,0 мкВ, проксимального отдела тонкого кишечника - в диапазоне 40,7±5,0 мкВ-22,7±5,0 мкВ и дистального отдела тонкого кишечника - 76,4±7,0 мкВ -44,3±3,0 мкВ. При неблагоприятном течении показатели стабилизации ТФС нормализовались на 14 стуки, отхождение газов и стул, начиная с 10 суток. Биоэлектрическая активность на 10 сутки составляла 5219,5±421 – 420,4±3,1 мкВ, в 12 перстной кишке 2828,45±341,4 - 323,2±4,1 мкВ, в дистальном отделе тонкой кишки 4666,6±77,3 - 346,3±6,3 мкВ, в толстой кишке 10213,4±766,7 –518,8±3,1 мкВ. К 14-21 суткам показатели БЭА отличались от группы с благоприятным исходом от 2 до 10 раз и составили в желудке 9851,3±123 мкВ-3273,4±303 мкВ, в 12 перстной кишке 4424,3±413 мкВ-1672,9±98 мкВ, в дистальном отделе тонкой кишки 7109,6±274 мкВ-3311,5±167 мкВ, в толстой кишке 14874,1±288 мкВ-6906,8±108 мкВ. С целью объективной оценки динамики патологического процесса и эффективности проводимого лечения нами разработана интегральная оценка, включающая клинико-лабораторные и электрофизиологические показатели течения острого панкреатита, включающую в себя оценку функции ЖКТ. Таким образом, определение биоэлектрической активности ЖКТ в сочетании с динамическим лабораторными данными, ультразвуковым обследованием позволяет контролировать течение панкреонекроза и прогнозировать возможные осложнения.

389.ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБНЫХ МАРКЕРОВ ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХОЛАНГИТОМ

*Белик Б.М. (1), Абдурагимов З.А. (1, 2), Тенчури Р.Ш. (1, 2), Родаков А.В. (1),
Усаткин А.А. (2), Мареев Д.В. (2), Дадаян А.Р. (2)*

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. Лечение больных острым билиарным панкреатитом (ОБП) в сочетании с холангитом до настоящего времени представляет чрезвычайно сложную проблему хирургической гастроэнтерологии. Прежде всего, это касается выбора способов декомпрессии и методов санации билиарного тракта, а также объективного контроля их эффективности с учетом характера и степени микробной контаминации желчевыводящих путей. Цель работы: оценить возможности метода хромато-масс спектрометрии (ХМСМ) в идентификации микробных маркеров в желчи у больных ОБП в сочетании с гнойным холангитом. Материал и методы. Анализ клинических наблюдений включает 228 больных ОБП, находившихся на лечении в хирургическом отделении МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону за период с 2009 по июль 2017 гг. Причинами развития

ОБП явились у 152 (66,7%) пациентов холедохолитиаз, у 46 (20,2%) - рубцово-воспалительные стенозы большого дуоденального сосочка (БДС) и/или протяженные стриктуры дистального отдела холедоха, у 30 (13,2%) – билиарный сладж и микрохолелитиаз. У 31 (13,6%) больного имело место острое вклинение камня в БДС. Из 228 пациентов ОБП у 47 (20,6%) имелись клинические проявления гнойного холангита. У этих больных с целью ликвидации внутрипротоковой гипертензии, обеспечения оттока инфицированной желчи и панкреатического секрета осуществлялись неотложные декомпрессионные вмешательства на желчевыводящих путях. У 36 (76,6%) пациентов выполнялись эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холедохолитоэкстракция и, назобилиарное дренирование, при необходимости - ретроградная панкреатохолангиография, стентирование желчного и панкреатического протоков. У 11 (23,4%) больных при технических ограничениях выполнения транспапиллярных эндоскопических вмешательств применяли чрескожную чреспеченочную декомпрессию желчных путей под лучевым контролем, достигая наружного отведения желчи и гноя. У 7 пациентов при наличии в желчных протоках крупных конкрементов и/ или замазкообразных масс, вследствие невозможности их радикального удаления посредством транспапиллярных вмешательств в сроки не позже 48 часов после декомпрессии билиарного тракта производили минилапаротомию, холедохолитотомию и наружное дренирование холедоха. У всех пациентов ОБП, сочетающимся с холангитом, после выполнения декомпрессии билиарного тракта осуществляли аспирацию инфицированной желчи для микробиологического исследования и количественного определения в этом биотопе микробных маркеров методом ХМСМ. В последующем больным через дренажи проводили сеансы фракционно-капельного лаважа билиарного тракта с использованием saniрующих растворов. При этом с целью контроля эффективности санации билиарных путей у пациентов в динамике лечения регулярно осуществляли забор желчи для проведения указанных исследований. Результаты и обсуждение. Установлено, что при использовании традиционного микробиологического исследования из 47 больных ОБП с отчетливыми клиническими признаками холангита лишь у 16 (34,0%) в посевах желчи выявлено наличие микрофлоры. При этом, как правило, определялся только один из видов транзитной микрофлоры (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Proteus* spp. и др.). У остальных пациентов в пробах желчи микроорганизмы не выявлялись. В то же время при использовании метода ХМСМ у всех 47 больных в исследуемых пробах желчи выявлялись ассоциации из 5-6 различных видов аэробных и анаэробных резидентных микроорганизмов в концентрациях, значительно превышающих предельно допустимые нормальные значения. Наиболее часто определялись следующие виды резидентных грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов в форме микст-инфекций: *Ruminococcus*, *Escherichia coli*, *Streptococcus* spp., *Clostridium* spp., *Fusobacterium* spp., *Candida*, *Aspergillus* spp, *Bacteroides hypermegas*, *Actinomyces*, *Micromycetes* spp., *Lactobacillus*, *Eubacterium* spp. Как правило, преобладали грамотрицательные и анаэробные микроорганизмы. Особо следует отметить избыточный рост *Lactobacillus*, который, несмотря на все его положительные качества, при определенных условиях в сочетании с другими микроорганизмами может приобретать агрессивные свойства и становится участником воспаления. При этом в исследуемых пробах желчи общая бактериальная нагрузка была увеличена на 75,8±6,4% (51,488±12,94 кл/г x 10), а концентрация эндотоксина (бактериального липополисахарида) – в 2,6 раза (1,32±0,3 наномоль/мл) по сравнению с предельно допустимыми нормальными величинами. В условиях проводимого комплексного лечения с применением санационного лаважа билиарного тракта у больных

ОБП в исследуемых пробах желчи по результатам ХМСМ уже через 48 часов отмечалось резкое снижение количества микробных маркеров, что свидетельствовало о бактериальной деконтаминации желчевыводящих путей и подтверждалось положительной динамикой клинико-лабораторных показателей. При этом в пробах желчи наблюдалась нормализация общей бактериальной нагрузки ($6357 \pm 7,21$ кл/г $\times 10$) и содержания эндотоксина ($0,31 \pm 0,05$ наномоль/мл). Выводы. Определение количества и видового состава микробных маркеров в пробах желчи у больных ОБП в сочетании с холангитом методом ХМСМ является высокоинформативным и клинически значимым исследованием, позволяющим получить исчерпывающую характеристику микробного пейзажа билиарного тракта и объективно оценить эффективность проводимого лечения в условиях применения декомпрессии и санационного лаважа желчевыводящих путей. По сравнению с традиционным бактериологическим исследованием метод ХМСМ имеет несомненные преимущества, которые заключаются в простоте забора и доставке биоматериала, высокой чувствительности и специфичности метода, а также быстроте получения результатов исследования (в среднем через 48 часов).

390. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ

Смолякина А.В., Зайцев А.В., Баринов Д.В., Зайцева О.Б.

Ульяновск

Медицинский факультет им. Т.З. Биктимирова
Ульяновского государственного университета

Цель: оптимизировать профилактику и лечение стресс-повреждений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в послеоперационном периоде у больных перитонитом. Материал и методы: Обследовано 137 пациентов с перитонитом. В послеоперационном периоде больным проводили динамические исследования: периферическая электрогастроэнтерография (ПЭГЭГ), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) для выявления частоты и выраженности признаков стресс-повреждений ЖКТ: моторно-эвакуаторных нарушений и эрозивно-язвенных поражений. Основная группа (n=71). При выявлении риска развития стресс-повреждений ЖКТ традиционное лечение дополняли: омепразол 40 мг в/в 1 раз в сутки. Группа сравнения (n=66). Пациентам с высоким риском развития стресс-повреждений ЖКТ - традиционное лечение дополняли: омепразол 40 мг в/в 2 раза в сутки и домперидон 10 мг в суспензии через зонд в желудок 3 раза в сутки. Изучали эффективности различных схем профилактики. Результаты: D. Cook (1996) предложил для определения вида профилактики стресс-повреждений верхних отделов ЖКТ использовать прогностические критерии относительного риска (RR) развития. Если RR превышает значение 2, то в схеме

лечения профилактические дозы ингибиторов протонной помпы меняются на лечебные (омепразол 40 мг 2 раза/сутки, пантопразол и эзомепразол 40 мг 1 раз/сутки). Нами доказано, что гастростаз является дополнительным критерием профилактики (RR от 4,7 до 14). ПЭГЭГ-исследования на 5-е сутки при применении модифицированной системы профилактики выявили повышение электрической активности ($P(i)/P_s$) желудка, снижение электрической активности двенадцатиперстной кишки с отсутствием статистически значимой разницы с группой со стандартным режимом профилактики стресс-повреждений ЖКТ, повышение $Kritm$ верхних отделов ЖКТ со статистически значимой разницей $Kritm$ желудка $5,7 \pm 0,4$ ($p < 0,05$) в группе с модифицированной профилактикой, сопровождаемое нормализацией координации сокращений ($P(i)/P(i+1)$) между выше указанными отделами пищеварительной трубки. На 5-е сутки после операции выполнены ФГДС. При оценке влияния предложенного режима профилактики стресс-повреждений на характер поражения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ и моторно-эвакуаторные нарушения верхнего отдела ЖКТ на 5-е сутки выявлено достоверное, статистически значимое ($p < 0,05$) снижение частоты обнаружения глубоких локализованных язв со снижением относительного риска развития данной патологии до 0,489 (95% ДИ от 0,251 до 0,954). В тоже время, применение вышеуказанного режима профилактики привело к снижению относительного риска выявления поверхностных диффузных эрозий до 0,793 (95% ДИ от 0,433 до 1,449), геморрагической гастропатии до 0,574 (95% ДИ от 0,26 до 1,264), рефлюкс-эзофагита до 0,696 (95% ДИ от 0,353 до 1,374), дуоденогастральный рефлюкс до 0,664 (95% ДИ от 0,433 до 1,02) без достижения статистически значимых различий ($p > 0,05$). Установлено значительное повышение относительного риска выявления катаральной гастропатии до 1,467 (95% ДИ от 0,727 до 2,96), что можно объяснить положительным влиянием предложенной методики профилактики стресс-повреждений верхних отделов ЖКТ, предупреждением трансформации из более легких форм поражения слизистой оболочки желудка в более тяжелые. Таким образом, для предупреждения развития более тяжелых форм поражения слизистой оболочки желудка у одного пациента нужно применить предложенный вариант профилактики стресс-повреждений верхних отделов ЖКТ у 14 пациентов ($NNT=13,823$). Выводы. При применении рекомендованной профилактики стресс-повреждений верхних отделов ЖКТ у больных распространенным перитонитом в раннем послеоперационном периоде глубокие язвы выявляются у 30,9%, а при назначении модифицированной схемы – у 15,2% пациентов. Выявление электрогастроэнтерографических признаков развития моторно-эвакуаторных нарушений в работе желудка и двенадцатиперстной кишки является показанием для назначения лечебных доз ингибиторов протонной помпы и блокатора дофаминовых D2-рецепторов.

391. ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ В ОБЛАСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Арнаутова К.Н. (1,2), Матюшин В.С. (1), Ионин В.П. (2)

Ханты-Мансийск

1) Окружная клиническая больница г. Ханты-Мансийск, 2) ХМГМА

Актуальность. Острый аппендицит является одной из самых распространенных патологий в ургентной хирургии. Из всех неотложных операций, выполняемых на органах брюшной полости, доля аппендэктомии составляет 20-50%. При наличии технических возможностей операция выполняется лапароскопическим доступом и наиболее часто лигатурным способом, т.к. лапароскопически погружение культи аппендикса в купол слепой кишки технически сложно и требует большей затраты времени на операцию. Но основной недостаток лигатурного способа аппендэктомии - это осложнения, непосредственно связанные с наличием не погруженной культи червеобразного отростка в брюшной полости. Наиболее частыми осложнениями лапароскопической аппендэктомии являются гнойно-воспалительные изменения области культи червеобразного отростка: инфильтрат и абсцесс брюшной полости. Частота послеоперационных внутрибрюшных осложнений составляет от 5% до 6,7% по данным различных авторов. Эти показатели несколько выше, чем количество аналогичных осложнений при выполнении традиционной аппендэктомии (1,9 – 5,4%). Несостоятельность культи червеобразного отростка, клиническая картина которой описана как синдром «пятого дня», развивается вследствие использования лигатурного варианта обработки культи отростка при наличии воспалительных изменений в области его основания. Доказано, что при погружении культи червеобразного отростка значительно реже наблюдаются послеоперационные осложнения. Материалы и методы. С 2013 года в ОБК г. Ханты-Мансийска начала активно развиваться лапароскопическая оперативная хирургия, в частности лапароскопическая аппендэктомия, которая выполнялась лигатурным способом. В 2013г. из 72 лапароскопических аппендэктомий количество послеоперационных внутрибрюшных осложнений составило 18% (13 случаев), из них выполнено 4 релапароскопии с дренированием абсцессов брюшной полости и 9 аппендикулярных инфильтратов, пролеченных консервативно. В 2014г. из 60 лапароскопических операций 5 осложнений: 2 абсцесса брюшной полости (первый случай закончился релапароскопией с дренированием брюшной полости, второй лапаротомией) и 3 инфильтрата (пролечены консервативно). Подобные результаты не могли удовлетворить и в 2015г. был внедрен способ обработки культи аппендикса при лапароскопической аппендэктомии путем погружения его в стенку купола слепой кишки, как традиционно производится при открытой аппендэктомии. Выполнено 5 лапароскопических аппендэктомий с погружением культи, послеоперационных осложнений в данных случаях не было, что значительно снизило количество осложнений от общего числа выполненных аппендэктомий за год почти в 8 раз (2,3%). В 2016 г. было выполнено 50 лапароскопических аппендэктомий с погружением культи аппендикса в стенку купола слепой кишки, в послеоперационном периоде осложнений не было. Полагая, что источником формирования воспалительного инфильтрата в правой подвздошной ямке является не погруженная культя аппендикса, запланировано научное исследование, целью которого является: снижение количества послеоперационных осложнений за счет улучшения результатов лапароскопических аппендэктомий путем применения лигатурно-кисетного

способа операции. Имелась возможность использования необходимых для этого лапароскопических инструментов и монофиламентной однонаправленной нити V-Loc, которая упрощает формирование шва на куполе слепой кишки. Ожидаемый результат – снижение частоты внутрибрюшных осложнений после лапароскопической аппендэктомии за счет перитонизации культи червеобразного отростка. В группу исследования включены 57 больных острым аппендицитом, которым выполнена лапароскопическая аппендэктомия лигатурно-кисетным способом. В группе сравнения – 247 пациентов, которым подобная аппендэктомия выполнялась лигатурным способом. Из исследования исключены дети и больные острым гангренозным прободным аппендицитом, осложненным перитонитом. Критерием эффективности являлась частота послеоперационных осложнений. Результаты. Нами разработан и применен на практике способ лапароскопической аппендэктомии, характеризующийся формированием культи червеобразного отростка в виде коагуляционного шва при условии погружения культи червеобразного отростка (линии коагуляционного шва) в купол слепой кишки S-образным швом по Русанову и Z-образным швом с применением монофиламентной однонаправленной нити V-Loc. Сочетание этих факторов позволяет добиться улучшения результатов лапароскопической аппендэктомии. Монофиламентный материал разработан с использованием однонаправленных лазерных насечек, что позволяет протягивать нить через ткани только в одном направлении. После затягивания нить не распускается, соответственно, не требуется завязывания узлов. Конструкция нити позволяет сформировать погружной шов на куполе слепой кишки вдвое быстрее, чем обычным шовным материалом. Преимуществом данной нити является сформированная на конце петля. Техника выполнения лапароскопической аппендэктомии: После мобилизации отростка на его основание накладывается лапароскопический биполярный зажим и на протяжении 4-5 мм производится коагуляция, в результате чего заваривается просвет аппендикса и образуется коагуляционный струп. Отросток пересекается в центре коагуляционного струпа эндоскопическими ножницами. Отросток через 12 мм порт удаляется из брюшной полости в контейнере. Культи аппендикса погружается в стенку купола слепой кишки S-образным швом по Русанову при помощи эндоскопического иглодержателя и монофиламентной однонаправленной нити V-Loc 3.0 длиной 15 см на круглой игле. Формирование S-образного шва по Русанову начинается с наложения первой линии шва на одну полуокружность, далее нить перекидывается через культи червеобразного отростка (коагуляционный шов) и выполняется вторая линия шва параллельно первой на другой полуокружности. Далее игла продевается через петлю на конце нити и затягивается, тем самым погружая линию коагуляционного шва в купол слепой кишки. Формирование Z-образного шва выполняется той же нитью без её пересечения. Нить у основания фиксируется одной эндоскопической клипсой, остаток с иглой срезается. Брюшная полость санитруется, троакарные раны ушиваются. В результате культи червеобразного отростка обработана надежным трехрядным швом (коагуляционный, S-образный по Русанову, Z-образный), что соответствует современным требованиям при операциях на толстой кишке. В качестве доказательства герметичности и прочности коагуляционного шва проведен эксперимент: после удаления и извлечения из брюшной полости деструктивного червеобразного отростка, проверялась герметичность коагуляционного шва. Для этого через прокол в области верхушки аппендикса в просвет заводилась полихлорвиниловая трубка, герметизировалась лигатурами. С помощью собранного аппарата в просвете червеобразного отростка создавалось давление воздуха. Нам не удалось разгерметизировать коагуляционный шов

данной системой не в одном из трех случаев, создавая постоянное и пульсовое давление в просвете отростка до 250 мм.рт.ст. при этом известно, что среднее давление в правых отделах толстой кишки составляет 55-60 мм водного столба. Нами изучены результаты различных способов лапароскопических аппендэктомий за последние 4 года. При использовании лигатурно-кисетного способа, удалось статистически значимо снизить частоту внутрибрюшных осложнений после лапароскопических аппендэктомий. Обсуждение. Предложенный нами способ погружения культи червеобразного отростка при выполнении лапароскопической аппендэктомии имеет ряд преимуществ: 1. Применение монофиламентной однонаправленной нити V-Loc для погружения культи червеобразного отростка позволяет сформировать S-образный (Русановский) и Z –образный швы без эндоскопического завязывания узлов цельной, непрерывной нитью, за счет наличия сформированной петли на конце нити и особенностей её строения (имеет однонаправленные лазерные насечки, препятствующие обратному ходу нити). Что, в свою очередь, не требует от хирурга высококлассных манипуляционных лапароскопических навыков. 2. Применение S-образного шва по Русанову позволяет добиться самопогружения культи червеобразного отростка в купол слепой кишки, избегая установки дополнительного троакара и манипулятора. 3. При выполнении S-образного (Русановского) и Z-образного швов не требуется изменения положения иглы в иглодержателе, т.к. все стежки обоих швов формируются в одном направлении: справа налево (по отношению к оперирующему хирургу), что также упрощает манипуляцию и сокращает время операции. Эффективность использования предложенного способа обусловлена тем, что культя червеобразного отростка погружается в купол слепой кишки, тем самым, отграничивая инфицированный очаг от свободной брюшной полости, это снижает риск возникновения абсцессов и инфильтратов после выполнения лапароскопической аппендэктомии. Предлагаемый способ подразумевает значительное упрощение техники выполнения погружения культи червеобразного отростка за счет применения самопогружного шва по Русанову, нити V-Loc, позволяющей выполнить операцию без завязывания узлов и без прерывания нити. Вывод. Лапароскопическая аппендэктомия лигатурно-кисетным способом улучшает результаты, позволяя статистически значимо снизить частоту послеоперационных осложнений: с 6,48% при лигатурном способе до 0% при лигатурно-кисетном.

**392. НАТЯЖЕНИЕ АПОНЕВРОЗА КАК ФАКТОР НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО ШВА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ
(ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

Шептунов Ю.М. (1), Внуков П.В. (1,2)

Липецк, 2) Елец

- 1) Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко,
- 2) ГУЗ "Елецкая городская больница №2"

Актуальность. В современной герниологии натяжение краев апоневротической раны - это один из наиболее важных критериев, который определяет ход оперативного вмешательства, течение раннего послеоперационного периода, а также обуславливает эффективность хирургического лечения в целом. Существует большое количество различных методик борьбы с натяжением. В первую очередь - это использование эндопротезов, сепарация слоев передней брюшной стенки, резекция большого сальника и так далее. Вместе с тем апоневротическая ткань, в отличие от других мягких тканей обладает высокой прочностью как в биомеханическом, так и в физиологическом смысле. А передняя брюшная стенка представляет собой орган, функционирование которого связано с порождением различно направленных сил натяжения. Несмотря на большую важность такого показателя как напряжение для прогнозирования состоятельности апоневротических швов, критические его значения на сегодняшний день нельзя назвать изученными. Цель. Определение критических показателей напряжения краев апоневроза при заживлении апоневротической раны в эксперименте. Материалы и методы. Исследование основано на изучении заживления апоневротической раны 10 кроликов породы белый великан. Исследование одобрено этическим комитетом ВГМА им.Н.Н.Бурденко. Под внутривенным наркозом экспериментальными животными первоначально были выполнены разрезы апоневроза переднего листка футляров прямых мышц как в продольном, так и в поперечном направлении. Длина разреза составляла 10мм, а ширина образованного дефекта ткани определяла натяжение краев апоневроза. Натяжение определяли с помощью цифрового динамометра. Толщину апоневроза в зоне дефекта - микрометром. Ушивание раны во всех случаях выполнено полипропиленом 6/0 непрерывным швом со стежками по 1-2мм. Оценку раневого процесса осуществляли через 14 и 30 суток с момента первого вмешательства. При этом использовали макроскопическую оценку под лупой с увеличением X10, а также гистологическое исследование с окраской гематоксилин-эозином. Статистическая обработка результатов выполнена в среде MS Excel с использованием критерия Вилкоксона. Результаты. В краях образованных апоневротических дефектов напряжение составило от 0 до $1,176 \cdot 10^6$ Па. При этом ширина ран от 0 до 30 мм. В сроки наблюдения до 14 суток инфильтративные воспалительные изменения в ране не позволяют достоверно оценить состоятельность апоневротического шва. К 30 же суткам появляются признаки созревания соединительной ткани рубца и оценка состоятельности швов не вызывает затруднений. Было установлено, что при напряжении в крае апоневротической раны менее $0,372 \cdot 10^6$ Па прорезывания швов в случае неосложненного течения раневого процесса не отмечается. Если механическое напряжение превышает значение $0,49 \cdot 10^6$ Па, во всех случаях отмечена несостоятельность апоневротических швов. При этом направление разреза апоневроза и,

соответственно оси наложенного шва значения не имеет. Выводы и рекомендации. Полученные предварительные данные говорят о том, что возможно экспериментальное определение критического значения напряжения апоневротического шва с точки зрения его состоятельности. Результаты исследования являются относительными величинами, которые зависят напрямую от толщины апоневроза. Интраоперационное превышение порогового значения напряжения, по всей видимости, следует рассматривать как фактор несостоятельности швов апоневроза в послеоперационном периоде.

393.ВОЗМОЖНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ОБШИРНЫХ ГЛУБОКИХ ФЛЕГМОНАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

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

Санкт-Петербург

Городской центр по лечению хирургических инфекций

Актуальность. Частота гнойно-воспалительных осложнений у пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД) достигает 50% случаев. Обширные глубокие флегмоны туловища и конечностей у таких больных часто (до 40% случаев) оказываются причиной летальных исходов даже при их лечении в условиях профильного специализированного стационара. Сахарным диабетом часто страдают люди трудоспособного возраста, поэтому улучшение результатов лечения обширных глубоких флегмон передней брюшной стенки (ОГФПБС) на фоне СД – актуальная задача. Материалы и методы. За период с 2013 по 2016 гг. в центре по лечению хирургических инфекций Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская больница №14») медицинская помощь по причине ОГФПБС оказана 24 пациентам. Среди них женщин – 21, мужчин – 3. Возраст пациентов варьировал от 43 до 82 лет, но преобладали больные от 45 до 60 лет (83% клинических наблюдений). В 22 (91,7%) случаях у пациентов диагностирован СД в стадии декомпенсации, метаболический синдром. Такая патология углеводного обмена впервые выявлена в 18 (75%) клинических наблюдениях. Причинами развития ОГФПБС у пациентов, данные о которых включены в исследование, в 14 случаях стали внегоспитальные инъекции инсулина, а в 10 клинических наблюдениях произошло нагноение ран передней брюшной стенки после экстренных абдоминальных операций. Полученные результаты, их обсуждение. Медицинская помощь больным оказывалась с соблюдением основополагающих принципов лечения хирургических инфекций. Антибактериальная терапия проводилась с учетом схем рационального дозирования антибактериальных препаратов, чувствительности микроорганизмов, содержащихся в раневом отделяемом, к антимикробным препаратам. В большинстве случаев при бактериологическом исследовании отделяемого из ран выявлены микробные ассоциации, а не монокультура бактерий. Наиболее частыми возбудителями оказались: стафилококк, протей, кишечная и синегнойная палочки, клостридии, анаэробные

патогены. В 92% клинических наблюдений у больных диагностированы синдром системной воспалительной реакции, сепсис, инфекционно-токсический шок. Течение заболевания у всех пациентов происходило на фоне декомпенсации СД. В 24 (100%) случаях выполнено вскрытие, дренирование гнойного очага с первичной хирургической обработкой гнойной раны. Однако несмотря на радикальный подход к первичной операции, во всех наблюдениях потребовалось выполнение этапных некрэктоми. Это, вероятно, связано с тем, что при СД происходит прогрессирующее распространение инфекции по подкожной жировой клетчатке с переходом на фасции и мышцы. В группе исследования пациенты в среднем перенесли 4 ± 2 этапных некрэктоми. Для местного лечения ран применяли: растворы «Бетадин», «Хлоргексидин»; мази «Левомеколь», «Аргосульфан», «Бетадин». При обработке ран использовали ультразвуковую кавитацию. Сроки очищения ран зависели от обширности и глубины поражения, своевременности и адекватности оперативного лечения. У выздоровевших больных койко-день варьировал от 35 до 130. В 16 (66,7%) случаев потребовалось наложение вторичных швов, в 5 (20,8%) клинических наблюдениях также выполнена аутодермопластика расщепленным кожным трансплантатом. Показатель общей летальности в группе исследования составил 33,3%. Причиной смерти во всех случаях стало прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне сепсиса, интоксикационный синдром. Выводы. 1. ОГФПБС на фоне СД чаще развиваются у женщин в возрасте от 45 до 60 лет; 2. Для успешного лечения ОГФПБС на фоне СД необходима реализация комплексного мультидисциплинарного подхода, заключающегося в сочетании хирургического вмешательства с адекватной некрэктомией, рациональной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии. 3. Результаты оказания медицинской помощи пациентам при ОГФПБС на фоне СД часто оказываются неудовлетворительными, а показатель общей летальности среди этого контингента больных достигает 33,3%.

394. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ

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

Нефтеюганск

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

Актуальность. Пилонидальная киста (ПК) часто диагностируется в возрасте 15-35 лет. При этом до сих пор наиболее эффективным методом лечения данной патологии оказывается хирургическое вмешательство. В то же время операционные раны после классических вмешательств заживают длительно, а частота рецидивного течения ПК в этих случаях достигает 40%. Учитывая то, что операции по поводу ПК часто выполняются людям преимущественно трудоспособного возраста, улучшение результатов лечения этого контингента больных – актуальная задача. Цель исследования. Оценить эффективность

пластического закрытия операционной раны при радикальном лечении ПК. Материалы и методы. Проанализированы данные о лечении 26 больных с ПК в возрасте от 16 до 36 лет, которым выполнены радикальные операции. Мужчин было 23 (88,5%), женщин 3 (11,5%). Диагноз ПК верифицирован на основании клинической картины, результатов хромофистулографии, рентгенографии крестца и копчика, магнитно-резонансной томографии, ректороманоскопии. Начиная с 2016 года в отделении гнойной хирургии для радикального лечения ПК при наличии разветвленных свищевых ходов, рецидивном течении заболевания, выраженном волосяном покрове в области межъягодичной складки применяется пластика дефекта, возникающего после иссечения ПК, местными тканями. Сущность операции заключается в том, что после хромофистулографии ПК иссекается согласно предоперационной разметке, а операционная рана закрывается ротационным кожно-апоневротическим лоскутом, который выкраиваются с одной из сторон операционной раны. При таком варианте выполнения операции дефект в области крестца закрывается полностью. Рана дренируется активным дренажом и послойно ушивается без натяжения её краев с формированием межъягодичной складки. Дренаж удаляется на 1-2 сутки после операции. Все операции проводили под спинномозговой анестезией. По способу закрытия операционной раны больные распределены на 2 группы: 1-я группа – в 14 (53,8%) случаях края раны подшивались отдельными узловыми швами ко дну; 2-я группа – в 12 (46,2%) наблюдениях применен способ пластического закрытия операционной раны. Результаты и их обсуждение. У больных 1-й группы в 8 (30,7%) наблюдениях отмечено расхождение краев послеоперационной раны, что привело к заживлению вторичным натяжением. Средняя продолжительность госпитализации в этих случаях составила $9,4 \pm 1,4$ дня. Средние сроки амбулаторного лечения – $39,4 \pm 5,6$ дней, а сроки временной нетрудоспособности достигали 52 дней. Пациенты, которым выполнялось пластическое закрытие операционной раны (2-я группа) находились на стационарном лечении до снятия швов, средние сроки госпитализации составили $14,3 \pm 1,8$ дней. При этом операционные раны во всех случаях зажили первичным натяжением. Общая продолжительность временной нетрудоспособности не превышала 25 дней. Результаты лечения прослежены в сроки 3,6,12 месяцев. В 1-й группе диагностировано 3 рецидива заболевания в сроки 3 и 6 месяцев, что обусловило необходимость повторного хирургического вмешательства. Выполнена пластическая операция с одномоментным закрытием раны ротационным кожно-фасциальным лоскутом. Во 2-й группе во все сроки наблюдения рецидива заболевания не было. Выводы: показаниями для пластического закрытия операционного дефекта в случаях радикального лечения больных с пилонидальной кистой явились разветвленные свищевые ходы, рецидивирующее течение заболевания, выраженный волосяной покров в области межъягодичной складки. При пластическом закрытии рана заживает первичным натяжением в 100% случаев, что позволяет почти в 2 раза сократить сроки временной нетрудоспособности. В процессе динамического наблюдения рецидива заболевания после пластической операции не было.

395.О НЕУДАЧАХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

*Балалыкин А.С.(1,1), Муцуров Х.С.(2,2), Барбадо Мамедова П.А.(1,1),
Шпак Е.Г.(3,3), Гвоздик В.В.(3,3)*

Наро Фоминск, 2) Грозный, 3)Реутов

1) Нарофоминская РБ1, 2)Государственный университет г. Грозный, 3)ЦГКБ г.Реутов

Актуальность. Результаты ЛХ невозможно подвергнуть тщательному сравнительному анализу в связи с различными взглядами на их оценку и отсутствием общепринятой классификации неудач. Одни авторы просто перечисляют осложнения, другие – выделяют «большие и малые повреждения», третьи – все неудачи ставят в зависимость от тяжести и опасности для жизни больного. Результаты. На основании накопленного личного опыта 4016 абдоминальных и 275 торакальных операций мы считаем необходимым выделять неудачи, ошибки и осложнения. Неудачи – это прекращение операции с помощью лапароскопической техники и переход к открытой операции в связи с : 1) развитием местных осложнений, которые не удается ликвидировать эндоскопически, и общих осложнений, при которых невозможно продолжение операции; 2) невозможностью дифференцировать органы и ткани и опасность развития осложнений (повреждение органов); 3) техническими причинами (неисправностью оборудования) во время операции. Конверсия может быть «по необходимости» и «по благоразумию», она не является свидетельством «слабости» хирурга. Ошибки - это неправильные действия, приводящие к выполнению неадекватных операций и развитию осложнений. Ошибки подразделяем на тактические (дефекты обследования, расширение показаний и нарушение технических принципов и т.д.) и технические (неправильный выбор оперативных доступов, нарушение принципов оперирования и т.д.). Осложнения – это любые отклонения от благоприятного течения операции и послеоперационного периода (для начинающих хирургов и в период освоения новых операций). Их оценку мы считаем необходимым проводить со следующих позиций: 1) – специфичность (специфические и неспецифические для эндохирургии); 2) – сроки возникновения (до операции, во время операции, после операции); 3) – локализация (местные, общие); 4) – характер (повреждения органов: механические и электротермические, инфекция...); 5) – виды (кровотечения, желчеистечения, инородные тела); 6) – причины развития (небольшой опыт хирурга, нарушение принципов ведения этапов операционного и послеоперационного периодов, неправильная оценка клинической ситуации); 7) – степень тяжести (опасные и неопасные для жизни пациентов); 8) – виды лечения осложнений (медикаментозное, эндоскопическое, хирургическое).Учет и анализ результатов эндоскопических операций с этих позиций позволяет выявить конкретные персональные недостатки работы хирургов и наметить пути их устранения. Фиксация даже мельчайших отклонений от нормального течения периода лечения больного резко повышает учетное и персональное количество осложнений (до 30-40%), но оценка их с позиции опасности для жизни больного и способов лечения позволяет выявить наиболее опасные, количество которых не превышает 3-4%, а для хирурга является критерием роста.Особое внимание следует уделять первому критерию – специфичности осложнений: отрицательные влияния карбоксиперитонеума, синдром первого троакара, электротермические повреждения и т.д. Следует подчеркнуть, что, кроме неудач и осложнений, как негативных сторон современной эндохирургии, является недостаточное

внедрение в сферу областных и городских больниц трудоемких технологий. Мы пришли к выводу и это подтверждают статистики различных учреждений, что все операции приходится разделить на две группы: не связанные со вскрытием полых органов и резекционные. Первые (холецистэктомия, ваготомия, аппендэктомия и др.) стали выполняться достаточно широко (в 90-е годы, даже, не хирургами, а врачами, приобретшими оборудование). Некоторые из них стали выполняться амбулаторно в некоторых учреждениях России. Вторые (резекция желудка, кишки и др.) теперь остаются уделом энтузиастов и крупных лечебных учреждений. Подтверждением этому служит и наш материал, в котором «нерезекционные» операции (холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика, ваготомия, фундопликация) выполнены у 3418 больных, а резекционные – у 31, то есть у 10%. Кровотечения из регионарных артерий составили 3.5 %, из которых 1.4% лечены конверсией. Желчеистечение отмечены у 0.3%, а повреждения желчных протоков у 0.4%. Конверсии составили 0.8 – 3.5% при различных видах операций. Опыт показывает, что эндоскопическая хирургия требует тщательной специальной подготовки, одной из особенностей ее является тот факт, что опытные «зрелые» хирурги овладевают техникой эндохирургии труднее, чем молодые неопытные. Максимальное количество (до 60-70%) осложнений возникает в период освоения методик и проведения первых 20 операций. Признавая правильным тезис, что эндоскопическая операция – это операция одного хирурга, нельзя недооценивать огромную роль в успешности их проведения мастерству помощников и слаженности действий всей бригады, особенно в трудных ситуациях. Резюме. Лапароскопическая хирургия – альтернатива традиционной со специфическими неудачами и осложнениями.

396.ЗАДНЯЯ СЕПАРАЦИОННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ (TAR TECHNIQUE)

Гребцов Ю.В., Луговой А.Л., Петров Н.А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова

Введение: Методики лечения больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж и их осложнений находятся в постоянном развитии, вызванном необходимостью снижения числа послеоперационных осложнений, рецидивов и летальных исходов. Несмотря на применение разнообразных сетчатых имплантов у этой категории больных, всё ещё сохраняется высокий процент рецидива, развития раневых осложнений и интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) в послеоперационном периоде со всеми её негативными последствиями. И почти всегда перед хирургом встаёт вопрос: как наименее травматично, безопасно и эффективно устранить довольно значимый дефект апоневроза. В 1990 году Ramirez предложил оригинальную методику пластики гигантских

послеоперационных вентральных грыж методом разделения анатомических компонентов передней брюшной стенки. Она привела к существенному прогрессу в лечении послеоперационных вентральных грыж и способствовала развитию нового направления в герниологии. Сепарационные методики делятся на передние и задние. В 2012 г группой авторов (Novitsky Y.W. et al) была предложена методика задней сепарации с пересечением поперечной мышцы живота, позволяющая без натяжения закрыть дефекты апоневроза шириной до 20 см. Материалы и методы: За период с 2015 по 2017 г. в хирургическом отделении ГБУЗ «Городская Покровская больница» г. Санкт-Петербурга пластика послеоперационных вентральных грыж с применением задней сепарационной герниопластики (TAR technique) выполнена у 11 пациентов. Среди них было 4 мужчин и 7 женщин в возрасте от 25 до 69 лет. По современной классификации первичных и послеоперационных грыж передней брюшной стенки утверждённой EHS в 2009 г. пациенты распределились следующим образом: M2-3W3R0 у 3 пациентов, M1-3W3R0 у 3 пациентов, M2-4W3R0 у 1 пациента, M2-3W3R1 у 3 пациентов, M2-4W3R2 у 1 пациента. Во всех случаях использовались полипропиленовые сетчатые импланты производства ООО «Линтекс». Всем пациентам интраоперационно производили измерение внутрибрюшного давления при закрытии дефекта, а так же каждые 6 часов после оперативного вмешательства непрямым методом через уретральный катетер по M. Cheatham et al. (1998) путем измерения давления в мочевом пузыре с использованием закрытой системы фирмы UnoMeter™ Abdo-Pressure™. Результаты и обсуждения: После проведения адгезиолизиса в брюшной полости выполнялись элементы задней сепарации компонентов брюшной стенки: рассечение заднего листка влагиалища прямой мышцы живота у медиального края мышцы по всей ее длине, мобилизация заднего листка до спигелевой линии, пересечение поперечной мышцы живота у места её прикрепления, освобождение пространства кпереди от поперечной фасции. Сетчатый имплант размером 900 см² располагался позади прямых мышц живота и фиксировался по срединной линии в двух точках в каудальном и краниальном направлении и дополнительно латерально с обеих сторон редкими П - образными трансaponевротическими швами. Передний и задний листок влагиалищ прямых мышц живота ушивались непрерывным швом «малыми байтами», тем самым восстанавливалась белая линия живота. Ушивание брюшной стенки производили только при цифрах внутрибрюшного давления ниже 15 мм рт. ст. Ретромускулярно устанавливали 2 дренажа по Редону. Антибактериальная профилактика начиналась во время операции и продолжалась в течении 5 суток. У 5 пациентов в послеоперационном периоде отмечалось формирование сером, которые успешно лечились пункционным методом. Активный режим назначался к концу первых суток послеоперационного периода. Средний койко-день составил 10,8±1,9 дней. Послеоперационной летальности не было. Выводы: Задняя сепарационная герниопластика (TAR technique) является эффективным методом лечения послеоперационных вентральных грыж и позволяет значительно увеличить объём брюшной полости, что даёт возможность производить пластику даже больших грыжевых дефектов брюшной стенки без натяжения и тем самым избегать в послеоперационном периоде развития ИАГ и связанных с ней осложнений, а так же восстановить белую линию живота.

397. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ТОНКОЙ КИШКИ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

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

Санкт-Петербург

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

Актуальность: высокая хирургическая активность, стремление к радикальности оперативного пособия нередко сопровождается тяжелым течением послеоперационного периода и повышенным риском развития осложнений. Острые перфоративные язвы тонкой кишки, как осложнения раннего послеоперационного периода, встречаются относительно редко, но представляют собой серьёзную проблему, сопровождаясь крайне высоким уровнем летальности. Материал и методы: исследование проведено на основе анализа результатов диагностики и лечения 39 пациентов, у которых послеоперационный период осложнился развитием острых перфоративных язв тонкой кишки. Полученные результаты: среди больных значительно преобладали женщины - 33 (84,6%), средний возраст составил $67,6 \pm 0,3$ лет (от 38 до 79). У большинства больных госпитализация носила экстренный характер (64,1%), 14 пациентов (35,9%) поступило в плановом порядке. Кроме того, у подавляющего большинства пациентов - 35 человек (89,7%) основным диагнозом являлись онкологические заболевания органов брюшной полости и малого таза, а в качестве первой операции было выполнено радикальное или паллиативное устранение первичного очага. Как правило, перфоративные язвы впервые развивались на 4-5 сутки, носили единичный характер, а при повторных релапаротомиях выявлялся их множественный характер. Локализация поражения была следующей: наиболее часто - у 21 пациента (53,9%) встречались перфорации подвздошной кишки примерно на протяжении 1 м до илеоцекального угла, на участке до 1 м от связки Трейца - у 9 пациентов (23,1%), в 9 случаях перфорация определялась на отрезке от 1 м от связки Трейца и до 1 м от илеоцекального угла. Лишь в 2 случаях перфорации были единичными (5,1%), причем в одном из них состояние пациента было настолько тяжелым, что через сутки после единственной релапаротомии наступил летальный исход. В целом же общее количество перфораций, выявленных в ходе всех операций, в среднем составило 8, само же количество релапаротомий составило в среднем 6 (от 1 до 14). Практически у всех пациентов - 35 (89,74%) был диагностирован сепсис. Продолжительность пребывания в стационаре составило $22,3 \pm 0,2$ суток. В 30 наблюдениях наступил летальный исход (76,9%). Обсуждения и выводы: развитие острых перфоративных язв тонкой кишки, как осложнений раннего послеоперационного периода, является крайне неблагоприятным предиктором течения и исхода заболевания. Данное поражение может рассматриваться как маркер полиорганной недостаточности, обусловленной как основным заболеванием, так и его осложнениями.

398.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В РАЗРЕШЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Чернооков А.И. (1), Карапетян М.М. (2), Бачурин А.Н. (2), Потехин И.О. (2),
Белых Е.Н. (1), Мoiseев А.П. (2), Заводчиков С.А. (1), Черноусов К.Ф. (1)*

Москва

1) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 2) ГБУЗ “ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ”

Актуальность проблемы: летальность при экстренных операциях по поводу опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости (ООТКН) остается высокой, составляя 15-34%. Летальность определяется большим количеством больных старческого возраста, выраженной сопутствующей патологией, распространенностью онкологического процесса. Перспективным способом неоперативного разрешения ООТКН представляется применение саморасширяющихся металлических стентов. Цель работы: демонстрация результатов применения стентирования в лечении ООТКН. Материалы и методы: в 2014-2017 годах для лечения ООТКН у 63 больных применили попытку стентирования толстой кишки. Помимо стандартных методов диагностики (клинико-лабораторных, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографии органов брюшной полости, колоноскопии, ирригографии), у больных с ООТКН применяли КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, обычно до выполнения колоноскопии. Использовали методику “through the scope”, раскрытие стента осуществляется под комбинированным эндоскопическим и рентген-контролем. После стентирования выполняли обзорный снимок брюшной полости для исключения осложнений процедуры. Противопоказаниями к стентированию считали: декомпенсированную непроходимость с угрозой или наличием диастатической перфорации, дилатацию купола слепой кишки свыше 12 см, перитонит, расположение опухоли до 5 см проксимальнее зубчатой линии, некроз опухоли, параколический абсцесс, ишемию проксимальных отделов толстой кишки, диагностируемые при КТ. Мужчины составили 36 (57,1%) пациентов, женщины – 27 (42,9%). Средний возраст составил 72,5±8,6 лет. Явления декомпенсированной ООТКН были у 30 (47,6%) пациентов, субкомпенсированной – у 22 (34,9%) больного, компенсированной – у 11 (17,5%) пациентов. Распределение по локализации опухоли: прямая кишка – 4(6,3%), ректосигмоидный переход – 7(11,1%), сигмовидная кишка – 34(54%), нисходящая кишка – 7(11,1%), селезеночный изгиб – 4(6,3%), поперечноободочная кишка – 3(4,8%), печеночный изгиб – 2(3,2%), восходящая кишка – 1(1,6%), десцендоректоанастомоз – 1(1,6%). Протяженность опухолевой стриктуры колебалась от 15 до 80 мм, составив в среднем 34,5±10,8 мм. Диаметр опухолевой стриктуры варьировал от 2 до 8 мм, в среднем - 3,9±1,3 мм. Результаты: Стентирование удалось технически во всех случаях, кроме одного, в связи с выраженной ангуляцией толстой кишки. Частота технического успеха - 98,4%. С паллиативной целью стентирование выполнено в 51 случае, как этап подготовки к радикальной операции – у 11 больных. Интервал между стентированием и выполнением радикальной операции составил от 7 до 15 суток. Частота клинического успеха стентирования составила 88,8%. У 2-х (3,4%) пациентов была перфорация опухоли в 1-е сутки после стентирования, что вынудило выполнить резекцию сигмовидной кишки, колостомию. У 1 больной сохранялись явления кишечной непроходимости после технически успешного стентирования в связи с многоуровневой обструкцией кишечника, что также потребовало выполнения лапаротомии.

Летальность составила 8 %. Все летальные исходы отмечены среди больных, которых стентировали с паллиативной целью. Лишь 1 летальный исход связан с стентированием (перфорация опухоли), в остальных случаях смерть наступила в результате прогрессии раковой интоксикации. В группе сравнения (больные с ООТКН, пролеченные без применения стентов за указанный период) послеоперационная летальность составила 22 %. Средний койко-день после стентирования с паллиативной целью составил $4,1 \pm 2,4$ суток. Выводы. 1. Стентирование представляет собой альтернативу экстренным хирургическим вмешательствам при лечении ООТКН. 2. Для определения показаний и противопоказаний для установки стентов необходимо применение компьютерной томографии брюшной полости. 3. Показатели летальности и пребывания в стационаре при стентировании ниже, чем при традиционном подходе. 4. При установке стентов необходимо строго придерживаться показаний и противопоказаний к их установке.

399. РЕЗУЛЬТАТЫ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ИНФРАИНГВИНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Казаков Ю.И. (1,2), Лукин И.Б. (1,2), Бакулина А.В. (1,2), Жук Д.В. (1,2)

Тверь

Тверской ГМУ

Несмотря на развитие современной медицины критическая ишемия нижних конечностей остается нерешенным вопросом современной сосудистой хирургии. Данные больные нередко имеют атеросклеротическое поражение нескольких артериальных бассейнов, что является предиктором отрицательных отдаленных результатов. Не исключается, что «агрессивное» течение атеросклероза может быть одной из причин тромбоза шунта в отдаленном периоде. ЦЕЛЬ: оценить отдаленные результаты выживаемости без ампутации в зависимости от распространенности и «активности» атеросклеротического процесса. МЕТОДЫ: Ретроспективно изучены результаты лечения 106 больных мужского пола с критической ишемией при атеросклеротической окклюзии инфраингвинального сегмента. Больные были разделены на 4 группы в зависимости от поражения других артериальных бассейнов (брахиоцефальные и коронарные артерии): 1 группа (n=34) – отсутствие поражения брахиоцефальных и коронарных бассейнов. 2 группа (n=40) – сопутствующее поражение коронарных артерий. 3 группа (n=17) – сопутствующее поражение брахиоцефальных артерий. 4 группа (n=15) – сопутствующее поражение коронарных и брахиоцефальных артерий. В каждой группе пациентам выполнялась артериальная реконструкция ниже паховой связки: 66 (62,26%) больным аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование, 40 (37,74%) – баллонная ангиопластика и стентирование поверхностной бедренной артерии. Тактика при мультифокальном атеросклерозе была следующая: 1 этап – реконструкция сонных артерий, 2 этап – инфраингвинальная реконструкция, 3 этап – реваскуляризация миокарда. Оценивалась

одна конечная точка – выживаемость без ампутации. Так же оценивалась «активность» атеросклероза по лабораторным анализам крови: матриксная металлопротеиназа-9 (ММП-9), С-реактивный белок (СРБ), соотношение аполипопротеида В и А1 (Апо В/Апо А1). Срок наблюдения – 3 года. РЕЗУЛЬТАТЫ: Показатель выживаемости без ампутации был наиболее высокий в 1 группе (без сопутствующего поражения брахиоцефальных и коронарных артерий) – 88,24%. При этом показатели «активности» атеросклероза в данной группе были наиболее низкими: ММП-9 – $279,7 \pm 27,4$, СРБ – $6,8 \pm 2,7$, Апо В/Апо А1 – $0,81 \pm 0,12$. Наихудшие результаты были в 4 группе (сопутствующее поражение брахиоцефальных и коронарных артерий): выживаемость без ампутации – 33,33%, при этом «активность атеросклероза была наиболее высокая: ММП-9 – $457,9 \pm 41,1$, СРБ – $21,3 \pm 3,1$, Апо В/Апо А1 – $1,15 \pm 0,27$. Во 2 группе (сопутствующее поражение коронарных артерий) выживаемость без ампутации составила 47,50%. Данные лабораторных анализов были следующие: ММП-9 – $401,5 \pm 44,7$, СРБ – $17,6 \pm 2,3$, Апо В/Апо А1 – $0,97 \pm 0,14$. В 3 группе (сопутствующее поражение брахиоцефальных артерий) выживаемость без ампутации составила 70,59%. Лабораторные анализы: ММП-9 – $352,2 \pm 34$, СРБ – $13,2 \pm 1,4$, Апо В/Апо А1 – $0,91 \pm 0,17$. ВЫВОДЫ: Выживаемость больного с критической ишемией без ампутации в значительной мере зависит от распространенности и «активности» атеросклеротического процесса, что крайне важно для прогнозирования результатов лечения данной категории больных. Наихудшие результаты имеют место у больны с сопутствующим поражением коронарных и брахиоцефальных артерий.

400. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ ДВУХ ДОСТУПОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Коссович М.А., Колышев И.Ю., Нечаенко А.М., Провоторов Ю.А.,
Майорова Ю.Б., Пастухов Д.В., Распопов Д.С.*

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России

Ведущим методом хирургического лечения желчнокаменной болезни в настоящее время является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), выполняемая из 4 троакарных доступов. Она практически полностью заменила традиционное открытое вмешательство и стала «золотым стандартом» хирургического лечения больных с холелитиазом. Однако традиционная четырехпортовая ЛХЭ на настоящем этапе развития хирургии идеологически несколько устарела и стала требовать определенных изменений. Восторг от NOTES технологии – эндоскопической хирургии через естественные отверстия организма и технологии единого лапароскопического доступа (ЕЛД) с накоплением опыта активного использования данных методик сменился не только разочарованием, но и практически полным прекращением их применения, что было связано со значительными трудностями технического выполнения данных вмешательств и дороговизной используемого инструментария. Стремление к

достижению высокого косметического эффекта и минимизации болевого синдрома без затрат на закупку дорогостоящего оборудования привели к развитию хирургии из 2 доступов. Лапароскопические вмешательства на желчных путях из 2 доступов, сохраняя основные преимущества малой травматичности, значительно упрощают и удешевляют вмешательство, делая его менее опасным и более доступным. В хирургическом лечении острого холецистита применение NOTES технологии и методики ЕЛД либо невозможно, либо крайне ограничено. Таким образом, необходимость применения малотравматичных методов хирургического лечения острого холецистита является актуальной проблемой, которая нуждается в ее дальнейшем изучении. Цель работы. Сравнение ближайших и отдаленных результатов применения двухпортовой и четырехпортовой ЛХЭ. Материалы и методы. В исследование были включены 40 пациентов основной группы, которым была произведена ЛХЭ из 2 доступов по авторской методике. Группа сравнения состояла из 47 больных, перенесших традиционную ЛХЭ из 4 доступов. При остром холецистите у подавляющего большинства пациентов имелся флегмонозный характер воспаления, который был отмечен у 29 (72,5%) больных, перенесших двухпортовую ЛХЭ, и у 33 (70,2%) больных при традиционной ЛХЭ. Результаты. Оценивая ближайшие результаты предложенной операции из 2 доступов необходимо констатировать, что каких-либо особых отличий от методики из 4 доступов предложенный метод не имеет, а имеющиеся незначительные различия при оценке интраоперационных осложнений, местных послеоперационных внутрибрюшных осложнений и общих осложнений статистических различий не имеют. ЛХЭ из 2 доступов статистически значимо превосходит традиционную методику ЛХЭ только в разделе местных раневых послеоперационных осложнений, что связано с более благоприятными характеристиками умбиликальной раны передней брюшной стенки, а именно с несколько большей ее длиной, позволяющей беспрепятственно извлекать желчный пузырь, а так же тщательно санировать и послойно ушивать рану. При оценке уровня послеоперационного болевого синдрома достоверная разница между полученными результатами показала, что ЛХЭ из 2 доступов уменьшает инвазию во время операции, обеспечивая снижение уровня болевого синдрома после вмешательства. Поэтому вполне естественно, что после выполнения ЛХЭ из 2 доступов снижается потребность в анальгетиках. Прецизионная реконструкция пупка и уменьшение количества доступов при этой методике обеспечивает отличный эстетический результат, подтвержденный при всех видах оценочных методик. Заключение. Таким образом, использование разработанной методики ЛХЭ из 2 доступов у больных с острым холециститом соответствует современной тенденции минимизации доступа в хирургии. ЛХЭ из 2 доступов является безопасной операцией, основными преимуществами которой являются уменьшение уровня послеоперационного болевого синдрома и отличный косметический результат.

**401. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ
В ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Уханов А.П., Захаров Д.В. Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов,
Амбарцумян В.М., Шахабутдинов М.Ш.*

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных острым холецистом и его осложнениями за счет использования лапароскопического метода. Материалы и методы: За 10 летний период хирургическое лечение получили 2175 больных острым холециститом в возрасте от 18 лет до 100 лет, среди них почти половина пациентов (1059 или 48,7 %) были старших возрастных групп. Деструктивные формы острого холецистита (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря) наблюдались у 1453 больных (66,8%). Преобладающим методом оперативного пособия была лапароскопическая холецистэктомия, которая осуществлена у 1875 больных (86,2 %), при этом 40 больных лапароскопическое удаление желчного пузыря сочеталось с холедохолитотомией и холедохоскопией по поводу сопутствующего холедохолитиаза и холангита. Результаты: Среди больных, которым предпринята ЛХЭ, переход на открытый доступ осуществлен у 56 (3,0 %). Для уменьшения числа конверсий и профилактики повреждений сосудисто-секреторных элементов гепатодуоденальной связки используем атипичные варианты лапароскопической холецистэктомии, в частности субтотальную холецистэктомию и операцию Прибрама. Послеоперационные осложнения отмечены у 62 больных (3,3 %), а показатель послеоперационной летальности составил 0,64 % (умерло 12 больных). Проведенный сравнительный анализ результатов эндовидеохирургических вмешательств с открытыми, с чревосечением, вмешательствами показал, что использование лапароскопического метода в 5 раз позволяет уменьшить показатель послеоперационной летальности и в три раза снизить число послеоперационных осложнений при лечении больных острым холециститом. Выводы: Таким образом, использование малоинвазивных технологий при лечении острого холецистита и его осложнений являются наиболее предпочтительным направлением оперативных вмешательств и должно широко внедряться в практику работы отделений неотложной хирургии.

402. ТАКТИКА ПРИ НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЯХ ПОСЛЕ БАНДАЖИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА

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

Рязань

ГБУ РО "ОКБ"

Введение. История бариатрической хирургии охватывает немногим более 60 лет. В течение этого времени предложено более чем 50 различных операций и их модификаций. Технологии основываются на рестриктивных, мальабсорбтивных, либо комбинированных изменениях желудочно-кишечного тракта. Применение у больных ожирением лапароскопических методик, принципов ускоренной реабилитации после операции, способствуют активному развитию хирургии избыточного веса. В настоящее время одной из популярных методик является лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка. После этой операции хирург может столкнуться как с общехирургическими в виде кровотечения, перфорации органов, инфицирования и нагноения ран, развития венозных тромбозомболических осложнений, застойных изменений в легких, так и специфическими осложнениями - смещение или пролежень манжеты, расширение пищевода, негерметичности системы. В исследовании отражен анализ встретившихся в послеоперационном периоде осложнений, требующих ургентной хирургической помощи. Материал и методы. Произведен анализ результатов лечения пациентов с морбидным ожирением, оперированных в отделении хирургии №2 ГБУ РО «ОКБ» за период с 2013г. По методике лапароскопического бандажирования желудка выполнена 61 операция. Из них в 6 (9,8%) случаях столкнулись с послеоперационными осложнениями в период от 1 года до 3 лет. При этом в 3 (4,9%) случаях потребовалась повторная операция, выполненная лапароскопическим доступом. Результаты и их обсуждение. Одним из частых осложнений бандажирования желудка является смещение манжеты (slippage) в отдаленном послеоперационном периоде (Vinzens F., et al., 2017; Sharples A.J., et al., 2017), которое может вызвать непроходимость на уровне желудка, что мы наблюдали в 6 случаях. Смещение манжеты произошло в срок от 8 месяцев до 3 лет. При этом, во всех случаях, пациентами отмечено нарушение режима питания с эпизодами переедания вплоть до развития тошноты и рвоты. Ухудшение наступало остро, проявлялось нарушением прохождения пищи и воды через желудок с многократной рвотой. Все обратились за медицинской помощью в течение суток. Удаление жидкости из системы бандажа не приводило к восстановлению эвакуации. При обследовании, на рентгеноскопии брюшной полости, выявлено отсутствие прохождения водорастворимого контраста через область стояния кольца бандажа с формированием «каскада» в кардиофундальном отделе желудка. Во всех случаях экстренно выполнено ФГДС с санацией желудка. После этой процедуры, в 3х случаях, эвакуация содержимого привела к расправлению «каскада» и восстановлению проходимости желудка. В остальных 3 случаях, больные оперированы в срок до 6 часов с момента поступления – лапароскопическое удаление системы бандажа. Исход – выздоровление. Спустя 3 месяца после операции, этим 3 пациентам выполнены другие варианты бариатрических операций (2 гастрощунтирования и 1 продольная резекция желудка), так как удаление системы бандажа приводило к рецидиву набора веса. Выводы. Смещение манжеты бандажа одно из опасных осложнений при бандажировании желудка, которое развивается в отдаленном послеоперационном периоде. Для диагностики состояния

важно отсутствие эвакуации водорастворимого контраста из желудка с формированием «каскада». Выполнение ФГДС при таком состоянии считаем необходимым, так как это может способствовать восстановлению пассажа пищи и воды через желудок. В остальных случаях оптимальной помощью считаем лапароскопическое удаление системы бандажа.

403. РЕЗЕКЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГО-ГАСТРО ПЛАСТИКОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ

*Бабич А.И., Кизявка М.И., Унгурян В.М., Парусов М.В.,
Побединцева Ю.А., Кудлачев В.А., Филлимонов Е.В.*

Кострома

ГБУ «Костромской онкологический диспансер»

Введение. Субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофаго-гастропластикой и F2-D2 лимфодиссекцией выполняется у больных раком средне-грудного отдела пищевода. В настоящее время в клиническую практику активно внедряются минимально-инвазивные хирургические доступы – торакоскопия, лапароскопия. При этом не унифицированы показания к применению того или иного доступа, а среди исследователей нет единого мнения относительно целесообразности применения минимально инвазивных доступов в хирургии рака пищевода. Цель работы. Определить место и обосновать применение минимально инвазивных оперативных доступов (торакоскопии, лапароскопии) и традиционных (лапаротомии, торакотомии) у больных раком средне-грудного отдела пищевода. Материал и методы. Представлен анализ хирургических вмешательств, проведенных в Костромском онкологическом диспансере в 2015-2017 гг. Всего оперировано 40 больных. Средний возраст больных составил 63 года, среди больных преобладали мужчины. «открытые» вмешательства выполнены у 20 больных, вмешательства с применением одного из минимально инвазивных доступов (торакоскопии-лапаротомия, торакотомия-лапароскопия) выполнены у 16 больных, полностью минимально инвазивные процедуры выполнены у 4 больных. Результаты. Длительность оперативного вмешательства составила от 240 до 600 минут. Интраоперационная кровопотеря от 300 до 1500 мл. Случаев интраоперационной летальности не было. В послеоперационном периодеразличные осложнения отмечены у 35% больных. Частота недостаточности пищеводно-желудочных анастомозов составила 35% и была одинакова у больных в группах традиционных и минимально инвазивных вмешательств. Средний койко-день составил 13 дней. Послеоперационная летальность составила 10%. Сроки наблюдения пациентов после выполнения оперативных вмешательств оставили 3-22 месяцев. Заключение. Выполнение минимально инвазивных процедур у больных с раком средне грудного отдела пищевода допустимо. Непосредственные и отдаленные результаты сопоставимы с больными оперированными традиционными доступами с сохранением всех преимуществ минимально инвазивных доступов.

404.МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ

Дибиров М.Д., Эльдерханов М.М., Косаченко М.В., Атаев Т.А., Ашимова А.А.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Цель. Повышение эффективности малоинвазивных методов лечения у пациентов пожилого и старческого возраста с механической желтухой. Материал и методы. Проведен сравнительный анализ лечения механической желтухи у 189 больных пожилого и старческого возраста с коморбидностью. Основная группа – 93 пациента, которым для лечения механической желтухи выполнены миниинвазивные вмешательства, контрольная группа – 96 пациентов, которым выполнены традиционные оперативные вмешательства. Больных пожилого возраста в основной группе было 55,4 %, контрольной 44,6 %, старческого возраста 50,7 и 49,3 % соответственно. Долгожителей было 53 (28 %) поровну в обеих группах. Результаты. Послеоперационные осложнения в зоне операции отмечены в 12 (12,5%) случаях, что больше, чем в основной группе в 1,7 раз ($p<0,05$). Самым частым осложнением была несостоятельность культи пузырного протока (7,3%). Летальные исходы в контрольной группе отмечены у пациентов в раннем послеоперационном периоде в 9,9 раз ($p<0,05$), тогда как в основной группе в период 14-21 дня у 11 (64,7%) пациентов, что в 4,65 раз чаще, чем в контрольной группе ($p<0,05$). Выявлено, что в основной группе уже на первые сутки после лечения значимо улучшается состояние пациентов в 2,03 раза по сравнению с показателями до проведения операции и в 1,65 раз по сравнению с пациентами, лечение которым проводили с использованием традиционных методов лечения ($p<0,05$). В контрольной группе больных значимые улучшения наступали лишь к 5-м суткам после лечения в 1,4 раза ($p<0,05$), однако состояние пациентов основной группы к этому времени было значимо лучше в 2,72 раза ($p<0,05$). Заключение. Малоинвазивные методы лечения у пациентов пожилого и старческого возраста является более эффективными по сравнению с традиционными методами лечения, что характеризуется более низкой послеоперационной летальностью, снижением числа осложнений, а также лучшими отдаленными результатами и улучшением качества жизни.

405. ПРИНЦИПЫ АНТИБИОТИКО-ПРОФИЛАКТИКИ В ХИРУРГИИ

Дибиров М.Д., Хачатрян Н.Н.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

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

406. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Дибиров М.Д., Косаченко М.В., Ашимова А.М., Атаев Т.А.

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Инфицирование зоны некроза и его осложнения являются самой частой причиной летальности у 80% больных. В подавляющем большинстве случаев (80—90%) инфицирование происходит из кишечника, и только у 10—20% — из билиарного тракта и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Изучены СКН и ВГБ у 100 пациентов с тяжелым ПН. Билиарный панкреатит был у 17% пациентов, алкогольный — 48%, алиментарный — 22%, сосудистый — 13%. У всех 100 больных в динамике производили измерение ВБД через датчик, установленный в мочевого пузырь. Больным основной группы для профилактики и лечения СКН и ВГБ проводили ранний назозентеральный лаваж (1—3-е сутки) кристаллоидами и ранняя нутриционная поддержка через 2—3 сут через назоэнтеральный зонд, установленный эндоскопически на 20—30 см дистальнее трейцевой связки. Нами установлено, что вводимая доза октреотида имеет существенное значение в обрыве ферментативного каскада. Если при легкой степени достаточна суточная доза в количестве 300 мкг, то при среднетяжелой степени необходимо ввести внутривенно инфузионно 600 мкг, а при тяжелой 1200 мкг. Разрешение пареза и полное восстановление пассажа по кишечнику в основной группе через сутки отмечено у 36% пациентов, через 36 ч — у 24%, 48 ч — у 28%, через 3 суток — у 8%, через 4 суток — у 4%. В основной группе в течение 3 суток парез разрешился у 88% больных, позже — у 12%. В контрольной группе — парез разрешился через сутки у 16%, через 36 ч — у 11—22%, через 48 ч — у 24%, 3 суток — у 19%, 4 суток — у 20%, 5—7 сут. — у 23% больных. В контрольной группе в течение первых 3-х суток парез разрешился у 57%, позже — у 42%. Полное восстановление функции кишечника : 96% пациентов отмечено на 3—5-е сутки, в основной группе — у 48 (96%), в контрольной — у 54%. Параллельно с восстановлением перистальтики и функций кишечника снижались тяжесть состояния и эндотоксикоз. Инфицирование панкреонекроза в основной группе наступило у 22% пациентов, в контрольной — у 46%, т.е. в 2 раза больше. Таким образом, своевременная антисекреторная терапия большими дозами октреотида, эффективная антибактериальная и детоксикационная терапии, ликвидация синдрома кишечной недостаточности раствором, содержащим электролиты, пробиотики и уменьшение внутрибрюшной гипертензии позволяют в 2 раза уменьшить инфицирование, развитие ПОН, сепсиса и летальность при тяжелой форме панкреонекроза.

407. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПРЕССИОННОГО ШВА С ПОМОЩЬЮ НИКЕЛИД ТИТАНОВЫХ КОЛЕЦ ДЛЯ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА

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

Москва

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Проблема создания кишечного анастомоза в абдоминальной хирургии несмотря на многолетнюю историю актуальна и в настоящее время. Техника выполнения однорядного и двухрядного анастомозов хорошо отработана и является основной в течение многих лет. Появляющиеся несколько лет назад исследования выявили недостатки данных методик, заключающиеся в увеличении площади ишемии кишечной стенки в области шва, большей зоне некроза, выраженного воспалительного вала, заживление анастомоза по типу вторичного в условиях перитонита. Компрессионный шов явился качественно новым способом соединения тканей в хирургии желудочно-кишечного тракта. Он лишен недостатков, присущих двум вышеперечисленным способам. Применение компрессионного шва более чем в два раза уменьшило число несостоятельности швов анастомозов, формируемых на различных участках ЖКТ. Положительные качества компрессионного шва делают перспективным его использование в неотложной хирургии органов брюшной полости. Перспективным способом улучшения результатов резекции кишки с точки зрения профилактики несостоятельности анастомозов является использование анастомозов сформированных устройствами из никелид титана. Клинический материал работы представляет анализ хирургического лечения 90 больных (90 пациентам была выполнена неотложная резекция кишечника с различными способами завершения вмешательства, из них у 56 - выполнена резекция тонкой кишки, у 34 резекции толстой кишки. Наиболее частым показанием к неотложной резекции кишки в основной и контрольной группах были некроз тонкой кишки и межкишечные анастомозы при опухолях кишечника — 54 пациента, ущемленная грыжа - 18 наблюдений, странгуляционная спаечная кишечная непроходимость — 16, мезентериальный тромбоз -2. В качестве оперативного доступа, использовалась средне-срединная лапаротомия, которую при необходимости расширяли вверх или вниз. Резекцию кишечника выполняли по общепринятым правилам с особенностями, зависящими как от самой патологии, так и от удаляемого отдела. Для обработки дистального и проксимального отрезков тонкой кишки использовался сшивающий аппарат УО-40 с погружением линии механического шва узловыми серо-серозными швами. Осложнения со стороны анастомоза в виде его несостоятельности развились у 7 больных контрольной группе из них умерло трое пациентов. Причиной смерти одного пациента явился септический шок, у двух пациентов тромбоэмболия легочной артерии. В обеих группах больных анастомоз часто формировали в условиях распространенного перитонита - 24. Применение компрессионного межкишечного анастомоза у больных urgentной абдоминальной хирургической патологией удалось снизить несостоятельности межкишечного анастомоза в три раза. В подавляющем большинстве случаев применение компрессионного межкишечного анастомоза с помощью никелидтитановых колец в условиях распространенного перитонита оправдано.

408. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГРАНУЛИРОВАННОГО СОРБЕНТА И ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ГЕМОСТАЗЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Чередников Е.Ф. (1), Баранников С.В. (1,2), Стрыгин О.В. (2),
Фурсов К.О. (1), Высоцкая А.Т. (1)*

Воронеж

1) Воронежский государственный медицинский университет
имени Н.Н. Бурденко,

2) Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1

Актуальность. Проблема лечения гастродуоденальных кровотечений одна из наиболее сложных в хирургии. Использование традиционных методов эндоскопического гемостаза не удовлетворяет хирургов из-за не снижающегося числа рецидивов геморрагий. Разработка новых и совершенствование уже используемых методов эндоскопической остановки гастродуоденальных кровотечений является актуальной проблемой неотложной гастрохирургии. Материал и методы. В исследование включены 112 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Согласно классификации J. Forrest (1974) больные распределились следующим образом: тип FIA-B - 20 (17,9%) больных; FIIA-IIIB - 64 (57,1%) больных; FIIC - 28 (25,0%) больных. В зависимости от комплекса лечебных мероприятий больные разделены на две группы: основную (n=57 чел) и группу сравнения (n=55 чел). Распределение больных в исследуемые группы проводили методом стратифицированной рандомизации. У больных основной группы в эндоскопическом лечении в комбинации с традиционными способами эндоскопического гемостаза применялся индивидуальный подход с использованием пневмоинсуффляций гранулированного сорбента Асептисорб-А и аппликацией обогащенной тромбоцитами аутоплазмы (ОТП) на источник кровотечения. В эндоскопическом гемостазе больных группы сравнения использовались традиционные методы остановки кровотечения без использования гранулированных сорбентов и ОТП. В остальном лечение больных основной группы и группы сравнения не отличалось. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием критериев Манна-Уитни, Вилкоксона, Фишера. Полученные результаты. Установлено, что у 10 больных основной группы с типом кровотечения FIA-FIB первичный эндоскопический гемостаз был достигнут у всех больных, рецидивов кровотечения и неотложных операций отмечено не было. В группе сравнения первичный эндоскопический гемостаз так же удалось достичь у всех 10 больных, но у одного больного был отмечен рецидив кровотечения, по поводу чего он был экстренно прооперирован. У больных с типом кровотечения FIIA-FIIB в основной группе у 2 (5,9%) из 34 больных наблюдался рецидив кровотечения. Обоим больным проведены экстренные операции. У 30 больных группы сравнения с нестабильно остановившимся язвенным кровотечением рецидивы геморрагии наблюдались у 4 (13,3%) больных, из них 3 (10%) были прооперированы. У больных с состоявшимся кровотечением (тип FIIC) из 13 больных основной группы осложнений и оперативных вмешательств отмечено не было. В группе сравнения у 1 из 15 больных отмечен рецидив кровотечения и больной был прооперирован. Обсуждение. Эндоскопический гемостаз имеет решающее значение в лечении больных с гастродуоденальными кровотечениями. Большинство современных

способов эндогемостаза имеют ряд недостатков: дороговизна оборудования, агрессивное воздействие на источник кровотечения, отсутствие защиты язвенного дефекта от агрессивного воздействия желудочного сока и др. Решить данные недостатки позволяет одновременное комплексное использование нескольких методов эндоскопического гемостаза. Комбинированное применение Асептисорб-А и ОТП в сочетании с традиционными методами эндоскопического гемостаза язвенных гастродуоденальных кровотечений позволяет обеспечить окончательный гемостаз в 96,5% случаев ($p=0,04$), снизить число рецидивов кровотечения с 10,9% до 3,5% ($p=0,04$), одновременно снижая необходимость в проведении экстренных операций при сокращении сроков стационарного лечения с 9,0 (8,0; 10,0) до 6,0 (5,0; 7,0) койко-дней ($p<0,01$). Выводы и рекомендации. Разработанный способ эндоскопического гемостаза путем комбинированного использования Асептисорб-А и обогащенной тромбоцитами плазмы в комплексном лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений дает возможность повысить надежность эндоскопического гемостаза и позволяет улучшить результаты лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Простота, безопасность и эффективность разработанного способа открывает перспективы его клинического применения.

409.ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ШИЛОВСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Федосеев А.В. (1), Муравьев С.Ю. (1), Манакина Т.И. (2), Субботкин Н.А. (2)

Рязань, 2) Шилово

1) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава РФ, 2) ГБУ РО «Шиловская ЦРБ»

Хирургическое отделение расположено в отдельном хирургическом корпусе. С 2013 г. сократилось количество коек с 54 до 48 из них 39 круглосуточных и 9 дневных: 14 – травматологического, 15 - хирургического профилей, 9 коек анестезиолого-реанимационного отделения, а также 10 коек гнойной хирургии и урологии. Палаты на 4 человека. Также имеются установки ГБО-2, МРТ и отделение УЗИ. Экстренная помощь оказывается в полном объеме, при необходимости привлекаются врачи санитарной авиации. При этом за последние 3 года сохраняется стабильность в обеспеченности населения койками хирургического и травматологического профиля. Происходит постоянное омоложение кадрового состава, так как ср. стаж работы врачей с 2012 г. по 2016 г. снизился с 18,1 год (мин.=4, мах = 41) до 13,9 год (мин.=2, мах = 29), ср. стаж работы врачей с 2012 г. по 2016 г. снизился с 28,0 год (мин.=12, мах = 43) по 18,4 год (мин.=1,0, мах = 46). При этом абсолютное количество хирургических больных не имеет выраженной динамики – в основном связано с диспансерным учетом. Не имеется тенденции в росте экстренных больных – работа по диспансеризации и амбулаторному наблюдению населения. Как отражение улучшения терапевтической и амбулаторной службы выявлено относительное снижение количества оперированных

больных. За анализируемый период выявлено Увеличение оборота одной койки за счет снижения среднего койко/дня, причем отмечается выполнение койко/дня. Уменьшился койко/день в гнойной хирургии, в том числе средний к/д, - улучшение качества лечения. Укорочение предоперационного койко/дня у плановых больных – качество амбулаторного звена на котором осуществляется обследование пациента. Укорочение койко/дня у больных с ЖКБ – внедрение лапароскопической техники. Выровнялось количество стационарных операций. Сохраняется оперативная активность по поводу аппендицита. Проводятся плановые санации больных с вентральными грыжами. Увеличилось количество операций на толстой кишке (в основном за счет гемморойдэктомии) – обучение молодых специалистов. Снизилось количество операций на мочевыводящих путях – улучшение качества медикаментозного лечения. Уменьшилось количество операций по поводу доброкачественных опухолей – улучшение эффективности работы амбулаторного звена. Отмечается рост частоты доставки больных в ранние, и наоборот поздние сроки, в основном за счет аппендицита и ущ.грыж. Значительный рост больных с укороченным сроком доставки с о.панкреатитом. Рост частоты срочных операций, особенно значительный рост больных сроком операций с ущ.грыжей до 6 часов. Снижение количества послеоперационных гнойных осложнений – профессиональный рост кадрового состава. Уменьшение количества больных с гнойными заболеваниями мягких тканей – улучшение качества работы амбулаторного звена. Увеличение общей и послеоперационной летальности – рост возрастного контингента населения с тяжелой коморбидной патологией. Снижение среднего/часа нагрузки всех звеньев – улучшение обследования и качества оказания помощи. Увеличение количества больных взятых на учет – улучшение качества диспансеризации. Общая тенденция снижения хирургической, травматологической и урологической помощи – улучшение качества терапевтического звена. Увеличение онкологического приема – улучшение качества работы специалиста и терапевтического персонала. Снижение количества больных снятых с учета – рост больных с неоперативными и хроническими заболеваниями. Снижение количества оперированных больных – улучшение качества медикаментозного лечения. Выводы: 1. В течение 5 лет в хирургической службе отмечается обновление кадрового состава, как врачей, так и сестер, при этом при этом наблюдается эффективность их работы. 2. Стабильное число оперативной активности с активным внедрением лапароскопических технологий. 3. Улучшение работы амбулаторного звена. 4. Отсутствие отрицательной динамики развития гнойных осложнений. 5. Постоянный учет работы диспансерный составляющей хирургической службы.

410. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Казаков Ю.И., Страхов М.А., Казаков А.Ю.

Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Актуальность. Результаты оперативного лечения критической периферической ишемии у пациентов пожилого возраста с мультифокальной формой атеросклероза не внушают оптимизма, в связи с высоким риском развития тяжелых послеоперационных осложнений и гангрены конечности. Цель. Разработать тактику хирургического лечения больных пожилого возраста с критической ишемией нижних конечностей и поражением коронарных и брахиоцефальных артерий. Материалы и методы. Обследовано 167 мужчин старше 60 лет (средний возраст – $68,2 \pm 8,2$ лет), имеющих признаки хронической ишемии нижних конечностей III–IV ст. и ИБС (I–II ФК–84 (50,3%), III ФК–76 (45,5%), IV ФК–7 (4,2%). Перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе зафиксирован у 41 (24,5%) пациента. Среди пациентов с ИБС I–II ФК 24 человека имели стеноз ВСА, поэтому первым этапом им выполнялись вмешательства на БЦА, затем – реконструкция периферических артерий. 60 больных этой группы перенесли первым этапом бедренно-подколенное шунтирование. Всем пациентам с ИБС III–IV ФК проводилась коронароангиография. 36 больных с ИБС III ФК, одно-двусосудистым поражением коронарных артерий, без стенозов ЛКА и ПМЖВ первым этапом перенесли бедренно-подколенное шунтирование, а затем стентирование коронарных артерий. 14 больных этой группы с многососудистым коронарным поражением перенесли первым этапом реваскуляризацию миокарда, а затем операции на периферических сосудах. 33 лицам выполнено эндоваскулярное лечение периферических артерий без коронарной реконструкции. Результаты. Среди больных, перенесших операции на периферических артериях, через 30 дней после вмешательства острый инфаркт миокарда зафиксирован у 4,7% лиц без реваскуляризации миокарда. Через 3 года после лечения он выявлен у 6,4% таких пациентов и у 3,8% лиц после стентирования коронарного русла. У больных после эндоваскулярных вмешательств инфаркт миокарда развился у 9,1%, а летальность составила 6,1%. На 3 году наблюдения отмечается снижение проходимости зоны хирургической реконструкции у лиц, перенесенных эндоваскулярное лечение (36,3%), тогда как у пациентов с бедренно-подколенным шунтированием данный показатель оставался высоким – 69,5%. Выводы. Результаты выбранной нами хирургической тактики лечения пожилых пациентов с критической ишемией нижних конечностей и сопутствующей ИБС показали, что большинству из них целесообразно первым этапом проводить вмешательства на периферическом артериальном русле с последующей реваскуляризацией миокарда, что позволяет сохранить жизнеспособность пораженной конечности. Отдаленные результаты эндоваскулярных операций на периферических артериях оказались существенно хуже (на 33,2%) по сравнению с открытыми методами реконструкции.

411. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*Воробьев П.Ю., Иваненков И.М., Волков И.Е., Седов В.В.,
Фетисов С.Н., Метелев А.С., Смирнова В.Н.*

Иваново

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Актуальность. Лечение распространенного гнойного перитонита (РГП) остается актуальной проблемой современной медицины. Несмотря на появление все новых антибактериальных препаратов, повсеместно принятую активную хирургическую тактику, направленную на устранение источника инфекции и тщательную санацию брюшной полости, результаты лечения данной группы пациентов остаются неудовлетворительными. Так, по данным литературы, при вторичном РГП летальность составляет 20-30%, а при третичных РГП достигает 70%. Появившаяся в последнее время методика терапии отрицательным давлением (ТОД) находит все большее применение в лечении различных заболеваний брюшной полости, таких как инфицированный панкреонекроз, РГП, некоторые виды абдоминальной травмы. Целью настоящей работы стала оценка эффективности применения ТОД у пациентов с РГП. Материалы и методы: в исследование вошли 30 пациентов с РГП, проходивших лечение в Ивановской областной клинической больнице с 2015 по 2017 гг. Все больные были разделены на 2 группы. В группу А вошло 15 пациентов, которым выполнялись традиционные хирургические вмешательства, включавшие программированные релапаротомии каждые 48-72 часов с формированием лапаростомы. Группу Б составили 15 больных, которым применялась методика ТОД при помощи аппаратов VivanoTec ATMOS S 042 NPWT фирмы Hartmann (Германия) и Suprasorb CNP P1 фирмы Lohmann & Rauscher (Германия, Австрия). ТОД проводилась в постоянном режиме с отрицательным давлением 40 мм рт. ст. Релапаротомии в данной группе пациентов выполнялись 1 раз в 5 суток. В обеих исследуемых группах было по 11 мужчин и по 4 женщины. Возраст пациентов в группе А варьировал от 26 до 81 года и составил, в среднем, $49 \pm 4,2$ лет ($M \pm m$). В группе Б возраст больных был от 26 до 71 года, составил в среднем $50,4 \pm 3,71$. Группы были сопоставимы по количеству больных, полу, возрасту и исходной тяжести перитонита. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 6.0. Результаты. Тяжесть перитонита оценивалась с помощью Мангеймского индекса перитонита (МИП). В группе А он был при поступлении $30,27 \pm 1,11$, в группе Б – $29,7 \pm 1,11$. В группе А количество релапаротомий варьировало от 1 до 29 и составило в среднем $7,67 \pm 2,10$. В группе Б число потребовавшихся релапаротомий было от 2 до 9, составило в среднем $4,1 \pm 0,77$, что достоверно меньше ($p < 0,05$), чем в группе А. Из 15 пациентов в группе А умерло 10 пациентов (66,7%). В группе Б умерло 4 больных (26,7%), что так же достоверно меньше, чем в группе А ($p < 0,05$). Выводы. Лечение пациентов с РГП методом ТОД демонстрирует большую эффективность в сравнении с традиционными технологиями, позволяя уменьшить число релапаротомий и являясь важным фактором уменьшения летальности в данной группе пациентов.

**412. НЕСТАНДАРТНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА,
НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ УДВОЕННОЙ ПРАВОЙ ПОЧКИ**

Петряев А.В. (1), Нуждихин А.В. (1), Пронин М.С. (1), Новиков А.Б. (2)

Тула, 2) Москва

1) ТОКБ, 2) Многопрофильный медицинский центр Банка России

Введение: Распространенность нейромышечной дисплазии составляет 7:1000 больных и является одной из наиболее тяжелых аномалий верхних мочевых путей (ВМП), требующей оперативного лечения. Мегауретер по механизму может быть обструктивный и рефлюксный, как правило, сочетается с другими аномалиями. Данные изменения приводят к стазу мочи, развитию гидроуретеронефроза, инфицированию, развитию ХПН. Данная патология может быть выявлена в ходе планового исследования, потребовать тщательного проведения дифференциальной диагностики, протекать под маской другого заболевания. В условиях нашего отделения коррекция подобной аномалии лапароскопическим доступом не выполнялась. Клинический пример: пациент Р. 35 лет. В течение нескольких лет наблюдался в различных клиниках по поводу хронического простатита. Жалобы на периодическую боль в промежности, дизурические явления. В 2015 году выявлена киста правого семенного пузырька. В ОАМ - единичные лейкоциты и эритроциты. При УЗИ и экскреторной урографии данных за патологию ВМП не выявлено. При контрольной МРТ отмечен рост образования: в проекции семенных пузырьков справа визуализируется жидкостное образование с четкими неровными контурами, однородным содержимым, размером 10,3 x 3,2 см. Семенные пузырьки компримированы кистой, смещены кзади. Признаков компрессии правого мочеточника, сообщения кисты с правыми мочевыми путями не выявлено. Госпитализирован для оперативного лечения. В ходе лапароскопической ревизии в малом тазу обнаружен правый мочеточник и мешковидное образование, идущее каудально и параллельно правому мочеточнику, в направлении мочевого пузыря, слепо заканчивающееся непосредственно у правого устья. Отмечена слабая перистальтика данного образования. Интраоперационно выполнена цистоскопия, где дополнительное устье справа не обнаружено. Через троакар и 2 мм-разрез образования установлен мочеточниковый катетер и выполнено контрастирование с рентгеноскопией. Верифицирована слепо заканчивающаяся полость диаметром 1,0 – 3,5 см, протяженностью от шейки мочевого пузыря до проекции почки. Выполнена мобилизация в проксимальном направлении, где указанное образование заканчивается внутривисцеральной лоханкой рудиментарной верхней половины удвоенной правой почки. Диагностирована аномалия: терминальный уретерогидронефроз с нефроциррозом верхней половины удвоенной правой почки, облитерацией устья, мегауретером. При мобилизации и отсечении расширенного мочеточника в интрамуральном отделе выявлено вовлечение «здорового» устья мочеточника нижней половины в зону резекции. Выполнена резекция мочевого пузыря с устьями, реимплантация мочеточника нижней половины (цистоуретеронеоанастомоз по Koffe на мочеточниковом стенте с созданием антирефлюксного механизма). Для сокращения времени операции, выполнена мануально-ассистировано (с применением хенд-порта Dextrus). Циркулярно мобилизована верхняя половина почки. Сосуды клипированы, пересечены. Выполнена геминефрэктомия верхней половины правой почки по демаркационной линии. Препарат извлечен. Операция завершена дренированием.

Цифровые показатели: длительность операции 419 минут; кровопотеря 80 мл. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Гистологическое заключение: стенка дистального отдела мочеточника с выраженной гиперплазией и скудным очаговым воспалительным инфильтратом; ткань почки с участками склероза и дистрофическими изменениями. Пациент выписан. Через 1 месяц стент извлечен. При контрольном обследовании нарушения функции и уродинамики верхних мочевых путей не выявлено. Вывод: Данный клинический случай иллюстрирует трудности диагностики при редкой аномалии ВМП. Учитывая афункцию верхней половины правой почки, произвести диагностическую параллель и верифицировать удвоение правой почки было затруднительно, что привело к неожиданной находке в момент операции.

413.ВНЕДРЕНИЕ ПОЛИПОЗИЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПОЛОСТЕЙ В АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ГИДРОТОРАКСА У БОЛЬНЫХ В РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ

Сажнев Д.И., Горлунов А.В., Калашников И.В., Серова Л.Ф., Орлова Н.И.

Воронеж

БУЗ ВО ВГКБСМП №10

Актуальность. Свободная жидкость в плевральной полости (кровь, экссудат или трансудат) часто встречается у больных находящихся в реанимационном отделении. Зачастую, именно наличие гидро- или гемоторакса влияют на тяжесть состояния пациента и определяют прогноз и тактику лечения. Ранняя диагностика гидроторакса, точное определение количества жидкости и её локализации, имеет значение для успешного лечения тяжёлых больных. Информативность рентгенографии снижена из-за вынужденного положения тела пациента, низкого качества снимков, получаемых на мобильных рентгеновских аппаратах, отсутствия синхронизации снимков с дыханием у пациентов на ИВЛ и т.д. Цель: Разработать алгоритм, позволяющий уменьшить лучевую нагрузку, повысить информативность лучевых способов диагностики и оптимизировать эффективность проведения инвазивных плевральных процедур (пункций и дренирований). Материалы и методы: На первом этапе всем больным, поступающим в реанимационное отделение выполнялась рентгенография грудной клетки (аппаратами Mobildrive) или КТ грудной клетки (компьютерный томограф Philips Brilliance 64). В случае отсутствия патологии дообследование не проводилось. При выявлении инфильтративных изменений в лёгочной ткани без выпота в плевральных полостях проводилась консервативная терапия до регресса. В процессе лечения осуществлялся рентген-контроль (КТ-контроль), частота которого определялась клинической картиной. В случае выявления гидроторакса на любом этапе рентгенологическое исследование дополнялось трансабдоминальным УЗИ плевральных синусов. Исследование проводилось портативным аппаратом SonoSiteM-turbo конвексным датчиком. Если наличие свободной

жидкости в плевральных синусах подтверждалось, то проводилось трансторакальное УЗИ плевральных полостей, во время которого определялись показания для проведения плевральной пункции (дренирования) и оптимальная точка доступа. Дальнейший контроль за количеством свободной жидкости осуществлялся ежедневным полипозиционным УЗ-осмотром плевральных полостей. Рентгенография у всех категорий пациентов назначалась исключительно с целью контроля за инфильтративными изменениями в самой лёгочной ткани, с частотой 1 раз в 3-5 суток. Результаты. Алгоритм применён при лечении 32 больных (возраст от 18 до 48 лет), находящихся в реанимационном отделении с тяжёлой сочетанной травмой. Состояние пациентов оценивалось как тяжёлое, положение тела – вынужденное – лёжа на спине; 18 из них были на ИВЛ. У 100 % пациентов соблюдение вышеописанного алгоритма действий позволило: 1) Осуществлять больным реанимационного отделения динамическое УЗИ для оценки эффективности проводимого лечения, что значительно снижает количество выполненных рентгенологических исследований. 2) Проводить плевральные пункции в оптимально ранние сроки, не дожидаясь развития массивных гидротораксов; 3) Избежать неоправданных инвазивных плевральных вмешательств при минимальных гидротораксах. 4) Прицельно под УЗ-контролем осуществлять плевральные пункции у больных с отграниченным гидротораксом в оптимальной точке. Выводы: Активное внедрение в практику вышеописанного лечебно-диагностического алгоритма позволило оптимизировать работу хирургической, реанимационной и лучевой служб: - снизить количество неоправданных рентгенографических исследований, а следовательно и лучевую нагрузку на больных и медицинский персонал; - свести к минимуму число осложнений при проведении инвазивных плевральных вмешательств и повысить эффективность использования лучевых методов диагностики.

414. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ. КАК ДЕЛАТЬ БЕЗОПАСНО И БЕЗ КОНВЕРСИИ?

Сажин А.В., Глаголев Н.С., Колыгин А.В.

Москва

РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Введение. Острый холецистит как экстренное хирургическое состояние по прежнему остается наиболее частой причиной проведения оперативного вмешательства в экстренном порядке. Вместе с тем по данным литературы частота конверсии при выполнении лапароскопической холецистэктомии составляет от 2-15%. В случае выявления гангренозного холецистита этот показатель достигает 35%. Так как возможно все же выполнить лапароскопическую холецистэктомию безопасно и с минимальным риском конверсии? Методы. Проанализированы результаты лечения пациентов с острым холециститом находившихся на лечение с января 2015 по декабрь 2016 года в условиях одной из городских клинических больниц г.Москвы. Данные сроки были выбраны в связи с тем, что хирурги проводившие

оперативные вмешательства в эти сроки уже достигли высокого уровня мастерства в проведении лапароскопических вмешательств, и человеческий фактор из результатов анализа можно было исключить. Мы проанализировали 385 больных с острым холециститом, потребовавших проведения оперативного пособия. Из них гангренозных форм было 56 (15,3%), случаев с диффузным перитонитом – 9 (2,5%), местным перитонитом – 25 (6,8%), перивезикальными абсцессами – 6 случаев (1,6 %). Так же были проанализированы возраст, пол, ультрасонографическая картина до операции, характер осложнений. Так же был проведен анализ литературы по выявлению наиболее приемлемого алгоритма для безопасного проведения лапароскопической холецистэктомии. Наиболее «свежей» из всех нами признана работа разработанная Обществом Американских гастроинтестинальных и эндоскопических хирургов (SAGES), названная - «Программа выполнения безопасной холецистэктомии» (The SAGES Safe Cholecystectomy Program). Результаты. Среди больных острым холециститом чаще встречались женщины (59 против 41%). Несмотря на это в ситуациях с гангренозными формами мужчины преобладали, 31 против 25 (55,4 против 44,6%). 383 операции (99,5%) по поводу острого холецистита были выполнены лапароскопически. В 2 ситуациях, учитывая тяжесть состояния и предшествующие лапаротомные вмешательства на верхнем этаже брюшной полости, было принято решение о проведении открытой холецистэктомии. Все пациенты с гангренозными формами острого холецистита были оперированы лапароскопически. За исследуемые годы конверсии по поводу острого холецистита в нашей клинике не выполнялись. Среднее время операции составило 93 ± 27 минут (максимально 240 минут). В 33 случаях (8,5%) наблюдались послеоперационные осложнения. В группе пациентов с гангренозными формами острого холецистита наблюдалось 19 осложнений (4,9%). Осложнения потребовавшие повторных пункционных вмешательств были выявлены в 21 случае, 15 из них были из группы гангренозных холециститов. Были 2 летальных исхода у соматически тяжелых пациентов, по одной смерти после открытой и лапароскопической операции. Выводы. Лапароскопическая операция при условии следования правилам выполнения безопасной холецистэктомии (step by step) может быть золотым стандартом лечения пациентов со всеми формами острого холецистита, в том числе и осложненными. Наличие острого гангренозного холецистита является фактором риска развития послеоперационных осложнений. Тем не менее необходимо проведение большего количества исследований для популяризации утверждения, что осложненные формы острого холецистит – не являются показанием к проведению конверсии.

415.НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ПАНКРЕАТЭКТОМИИ.

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

Москва

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

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

**416.АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ПАНКРЕАТЭКТОМИИ.**

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

Москва

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

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

417.FAST-TRACK ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ПАНКРЕАТЭКТОМИИ (НОВЫЙ ПРОТОКОЛ)

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

Москва

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

За более чем 10-летнюю историю, протоколы ускоренного восстановления проникли в подавляющее большинство разделов хирургических. Протоколы ускоренного восстановления (ERAS) сейчас все чаще находят применение при наиболее трудоемких и продвинутых вмешательствах, например в гепатобилиарной и панкреатической хирургии. Данных по ускоренному восстановлению при тотальной панкреатэктомии (ТП) на сегодняшний день не опубликовано. Целью данного исследования было выделить особенности пациентов, перенесших ТП, которые позволяют определить ведущие моменты при создании протокола ускоренного восстановления (ERAS) при ТП. ТП выполнены с 2008 по 2017 гг единой хирургической бригадой традиционным открытым способом. Во всех случаях в периоперационном периоде применялись методики ускоренного восстановления. Период наблюдения включал всю срок госпитализацию и 30 дней с момента выписки. Изучены результаты лечения 19 последовательно прооперированных больных. Демографические показатели: мужчин 10, женщин 9; средний возраст - 61 года (43-79). Во всех случаях показанием к операции служило подозрение на опухоль поджелудочной железы. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 21 ден. Из 19 пациентов 3 умерло вследствие развившихся послеоперационных осложнений. Данные по ключевым моментам ускоренного восстановления (включая нутритивный, метаболический статус, контроль гликемии, антимикробную профилактику, интраоперационные особенности) проанализированы в ходе исследования, для создания действительно нового протокола (как в целом, так и для fast-track). Протоколы ускоренного восстановления (ERAS) могут быть применены у всех пациентов при выполнении ТП, с учетом особенностей как самой операции, так и течения послеоперационного периода. Рекомендации, разработанные для панкреатодуоденальной резекции недостаточны для ТП и требуют внесения существенных изменений.

418.КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ КУЛЬТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

*Кочуков В.П., Платонов А.Ю., Василенко О.Ю., Бунин И.В.,
Соина Т.А., Онищенко М.П., Карасева Е.Ю.*

Москва

ФГБУ "Объединенная больница с поликлиникой" Управления делами Президента РФ

В данном наблюдении избыточная культя желчного пузыря с конкрементом явилась истинной причиной постхолецистэктомического синдрома. Больная В. 70 лет, история болезни N 126832 поступила в хирургическое отделение в плановом порядке с диагнозом постхолецистэктомический синдром, избыточная культя желчного пузыря, диагноз подтвержден при УЗИ и МСКТ брюшной полости(культя 4х3см, в просвете конкремент до 1см в диаметре). В анамнезе в 2013году оперирована в районной больнице по поводу острого деструктивного холецистита, в послеоперационном периоде дважды производилось вскрытие подпеченочного абсцесса, в первый раз открытым способом и повторно была выполнена пункция подпеченочного абсцесса под УЗИ контролем. В течение последнего года больная стала отмечать появление тяжести в правом подреберье, периодически возникал болевой синдром после погрешностей в диете, тошноту, горечь во рту по утрам. При амбулаторном обследовании выявлена избыточная культя желчного пузыря с конкрементом. 06.06.2017 под общим обезболиванием выполнена лапароскопическая резекция избыточной культи желчного пузыря с конкрементом. Технические сложности лапароскопического вмешательства заключались в том, что у больной в анамнезе четыре операции на органах брюшной полости(аппендэктомия, холецистэктомия из срединного доступа, вскрытие подпеченочного абсцесса из подреберного доступа и пункция абсцесса).Контролируемые профессиональные действия во время операции, позволили успешно завершить вмешательство лапароскопическим доступом. Послеоперационный период без осложнений. На седьмые сутки пациентка в удовлетворительном состоянии выписана домой. Приводимое клиническое наблюдение представляет практический интерес с точки зрения относительно редкой встречаемости данной патологии, а также представлен опыт выполнения лапароскопического вмешательства при избыточной культе желчного пузыря с конкрементом.

419.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Филиппов К.В., Сизов Д.Н., Пряхина Г.С., Калашников В.А

Брянск

ГАУЗ Брянская областная больница № 1

Актуальность. Проблема лечения острых желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) и до сегодняшнего дня остается актуальной. Сохраняется высокий уровень летальности до 10 %, что во многом определяется увеличением общего числа больных с желудочно-кишечными кровотечениями, отсутствием общепринятых правил их лечения, сохраняющимися разногласиями по поводу показаний, сроков и объема оперативного вмешательства. Гастродуоденальное кровотечение следует рассматривать как показание к неотложному эндоскопическому исследованию, диагностическая эффективность которого тем выше, чем раньше оно осуществляется. Это положение почти в полной мере можно отнести и к применению местных лечебных воздействий на источник кровотечения при помощи эндоскопии. В клинической практике эндоскопического отделения ГАУЗ БОБ № 1 (с учетом экстренного характера работы) для эндоскопического гемостаза применяются следующие методики: электрокоагуляция (моно- и биполярная), инъекционный метод, применение склерозантов, термокаутеризация, клипирование и лигирование. Результаты работы эндоскопического отделения ГАУЗ БОБ №1 по проведению эндоскопического гемостаза за период 2013-2016 гг.: проведено 15981 ЭГДС, с признаками ЖКК 243 (1,5%) исследования. Мужчин 142 (58,4%), женщин 101 (41,5%). Возраст пациентов от 18 до 94 лет. Проанализированы результаты лечения больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При оценке результатов лечения больных с ЖКК с применением различных видов эндоскопического гемостаза были определены наиболее значимые факторы, влияющие на устойчивость гемостаза, возможность применения того или иного метода и исход данного осложнения: а) локализация источника кровотечения, б) интенсивность кровотечения, в) рецидив кровотечения, г) техническая оснащенность стационара. По данным ЭГДС установлен источник кровотечения: язвенная болезнь составила 47,6% (из-них язва 12-перстной кишки-68,3%, язва желудка-26,4%, сочетанные язвы-2,1%, рецидивные послеоперационные пептические язвы- 3,2%), синдром Меллори-Вейсса-7,9%, острые эрозивные поражения 23,6%, симптоматические язвы-12%, варикозное расширение вен пищевода- 5,6%, злокачественные опухоли-2,5%, с неуточненным источником кровотечения-0,8 %. 17% пациентов с продолжающимся кровотечением, 83 % пациента с клиникой состоявшегося кровотечения. Устойчивость гемостаза по классификации J.A. Forrest (1974): Ia-артериальное, струйное-2,2%; Ib-капельное, диффузное-9,4%; IIa-тромбированная артерия-15,5%; IIb-фиксированный сгусток-41,8%; IIc-мелкие тромбированные сосуды-18,3%; III-язва покрытая белым фибрином-7,4%. Электрокоагуляция (как самостоятельный метод) выполнялась в 24 случаях. Рецидив возник у 5 пациентов. Склерозирование (ВРВП) проводилось у 12 пациентов. Рецидив возник в одном случае. Инъекционный метод (обкалывание сосудосуживающими препаратами)-125, с последующей электрокоагуляцией-64. Окончательный гемостаз был достигнут в 86 случаях. Клипирование видимого сосуда, в сочетании с инфильтрацией слизистой-9, без рецидива кровотечения. Окончательный гемостаз достигнут хирургическим путем в 22 случаях. Заключение. Исходя из локализации

источника кровотечения и его интенсивности, следует применять дифференцированный подход к выбору эндостазы. Комбинированный метод гемостаза, применяемый в клинической практике, является предпочтительным и эффективным. Наиболее частым его сочетанием, при первичном эндоскопическом вмешательстве, является последовательное применение инъекционного, термических методов, клипирования, осуществляя более результативный, надежный и стойкий гемостаз.

420.ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА И ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ

*Савкин И.Д. (2), Селиверстов Д.В.(1), Юдин В.А.(1,2), Масевнин В.В.(1),
Подъяблонская И.А. (2), Зорова И.В. (1)*

Рязань

1. ГБУ РО “Областная клиническая больница”
2. ФГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России

Актуальность: диабетическая остеоартропатия – это достаточно редкое, но крайне тяжелое осложнение сахарного диабета, часто ведущее к необратимой инвалидизации. Причиной развития данной патологии считается нарушение иннервации нижних конечностей, вследствие диабетической нейропатии. Хотя истинная этиология неизвестна, и в настоящее время по этому вопросу нет единого мнения. Одни авторы считают, что остеоартропатия является отдельным звеном патогенеза осложнений при сахарном диабете; другие, что это результат проявлений нейропатии и ангиопатии. Костные изменения при диабетической остеоартропатии проявляются остеопорозом, остеолитом, гиперостозом. Деструктивные изменения могут прогрессировать в течение нескольких месяцев и привести к выраженной деформации стопы. Развитие указанных деструктивных изменений является причиной высокой предрасположенности данной категории пациентов к переломам костей стопы при сравнении с лицами без нейропатии. Цель: оценить эффективность хирургического лечения патологического перелома и хронического остеомиелита пяточной кости с помощью препарата на основе искусственного гидроксиапатита и мембраны нативного коллагенового биоматериала. Материалы и методы: группу наблюдения составили 14 больных: 8 пациентов с патологическим переломом пяточной кости на фоне диабетической остеоартропатии и 6 пациента с хроническим остеомиелитом пяточной кости на фоне диабетической остеоартропатии. Больным проводилась комплексная консервативная терапия включающая антибактериальную, инфузионную и метаболическую. Всем пациентам группы была выполнена операция - по подошвенной поверхности пораженной стопы г-образным разрезом обнажалась пяточная кость, по необходимости производилась остеонекрэктомия в пределах здоровых тканей. После тщательной ревизии тканей и местного гемостаза в костный дефект имплантировались гранулы препарата на основе искусственного гидроксиапатита.

Поверх гранул в рану подшивалась смоделированная по ее размерам мембрана нативного коллагенового биоматериала. Рана ушивалась послойно. В послеоперационном периоде исключалась нагрузка на пораженную конечность. Рентгенологический контроль осуществлялся через 1, 3, 6, 12 месяцев после операции. Результаты: у всех больных послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Через 5-6 месяцев после операции рентгенологически отмечалось постепенное заполнение послеоперационных полостей костной тканью. Через 12 месяцев у 11 больных рентгенологические признаки полного заполнения послеоперационных полостей костной тканью. Обсуждение: препарат на основе искусственного гидроксиапатита стимулирует остеогенез, усиливает репаративные процессы в поврежденных тканях, полностью замещаются новообразованной костной тканью, за счет чего сокращаются сроки лечения, улучшаются результаты. Применение мембраны нативного коллагенового биоматериала в условиях дефицита местных мягких тканей ускоряет эпителиальную, эпидермальную и эндотелиальную регенерацию, стимулируются процессы ангиогенеза, увеличивается фибропластическая активность, активируется синтез эндогенного коллагена. Вывод: представленный способ хирургического лечения патологического перелома и хронического остеомиелита пяточной кости с помощью препарата на основе искусственного гидроксиапатита и мембраны нативного коллагенового биоматериала является эффективным методом лечения данной патологии.

421. ЛЕТАЛЬНОСТЬ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

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

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: желчнокаменная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний человека. Около 10% населения земного шара страдает желчнокаменной болезнью. Летальность при остром холецистите колеблется от 1,9 до 8 %, достигая 46 % в группе больных с острым гангренозным холециститом, осложненным перфорацией и перитонитом. Цель исследования: изучить структуру послеоперационных осложнений и летальность у пациентов, оперированных по поводу острого калькулезного холецистита. Материал и методы исследования: проанализированы результаты лечения 1231 больного с различными формами острого калькулезного холецистита. Мужчин-382, женщин-849. Возраст больных от 18 до 75 лет. Результаты и обсуждение: в лечении пациентов с острым калькулезным холециститом придерживаемся активной хирургической тактики. Всего оперативное вмешательство выполнено 912(74,1%) больных, в остальных случаях удалось купировать приступ консервативными мероприятиями. В экстренном порядке оперировано 72(7,9%), в срочном-647(70,9%), в отсроченном 193(21,2%) больных. Интраоперационно:

катаральный холецистит имел место у 131(14,4%), флегмонозный-у 657(72%), гангренозный – у 121(13,3%), хронический – у 3(0,3%) пациентов. Холецистэктомия традиционным лапаротомным способом выполнена у 408 (44,7%) больных, лапароскопическая холецистэктомия- у 504(55,3%) пациентов. У 43 больных выявлен местный, у -17 диффузный, у- 3 разлитой перитонит. В 18 (3,6%) случаях при выполнении лапароскопической холецистэктомии в связи с возникшими техническими трудностями выполнена конверсия. Причиной конверсии явились: парапузырный инфильтрат(6), повреждение холедоха (4), парапузырный абсцесс (3), кровотечение из пузырной артерии (2), диффузное кровотечение из ложа желчного пузыря (2), аномалия желчных путей (1). Послеоперационные осложнения после традиционной холецистэктомии развились у 41 (10,5%) больного: нагноение раны (16), ранняя кишечная непроходимость(8), бронхолегочные осложнения (8), осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (5), подкожная эвентерация (3), желчеистечение (1); у пациентов, оперированных лапароскопическим путем осложнения развились в 18(3,6 %) случаях: нагноение раны (2), бронхолегочные осложнения (3), осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (3), внутрибрюшное кровотечение (3), желчеистечение (7). У 13 (3,2%) пациентов, которым выполнена традиционная холецистэктомия причинами летальных исходов явились: тромбоэмболия легочной артерии (4), инфаркт миокарда (3), послеоперационная пневмония (2), сепсис (2), полиорганная недостаточность (2). После лапароскопического вмешательства летальные исходы имели место у 5 (1%) случаев: тромбоэмболия легочной артерии (2), инфаркт миокарда (1), послеоперационная пневмония (1), полиорганная недостаточность (1). Выводы: таким образом, лечение пациентов с острым калькулезным холециститом является одной из актуальных вопросов неотложной абдоминальной хирургии. Определение сроков выполнения и вида оперативного вмешательства определяется строго индивидуально в зависимости от многих местных факторов и общесоматического состояния пациента. Тем не менее, при наличии возможностей следует стремиться к выполнению малоинвазивной лапароскопической операции, которая должна проводиться в дневное время бригадой опытных хирургов, в совершенстве владеющих техникой эндовидеохирургических вмешательств, которая сопровождается меньшей частотой послеоперационных осложнений и летальностью. При возникновении интраоперационных технических трудностей необходимо своевременно прибегать к конверсии, для предупреждения тяжелых осложнений.

422. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

*Зорова И.В. (1), Селиверстов Д.В. (1), Юдин В.А. (1,2), Подъяблонская И.А. (2),
Савкин И. Д. (2), Масевнин В.В. (1)*

Рязань

1. ГБУ РО “Областная клиническая больница”
2. ФГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России

Основным определяющим фактором исхода панкреонекроза являются: распространенность интра- и экстрапанкреатических некрозов; ранний и персистирующий Синдром Полиорганной Недостаточности (СПОН); инфицирование интра- и экстрапанкреатических некрозов. Цель - определить оптимальную тактику хирургического лечения больных с различными формами инфицированного панкреонекроза. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: работа выполнена по результатам лечения 62 пациентов с различными формами инфицированного панкреонекроза. Мужчин было 41, женщин – 21. Возраст в среднем составлял – 47,4 года. Тяжесть состояния пациентов с деструктивными формами острого панкреатита оценивалась по шкале APACHE II. В схему стандартного обследования больных входили: клинические, лабораторные, инструментальные исследования. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Основная часть пациентов острым панкреатитом поступала в среднем на 6,1 сутки заболевания (34 пациента). Среди видов осложнений наблюдались: септическая флегмона забрюшинной клетчатки – 25; панкреатогенный абсцесс – 34; фибринозно-гнойный перитонит – 13; инфицированная псевдокиста – 3; панкреатический свищ – 7; толстокишечный свищ – 11; желудочный свищ – 4; арозивное кровотечение – 6 случаев. У всех пациентов определялись симптомы ССВО, которые явились признаками сепсиса у 14, тяжелого сепсиса у 14 и септического шока у 8 больных. СПОН отмечен в 16 случаях. Преобладали явления дыхательной, сердечно-сосудистой и почечной недостаточности. Очаги ретроперитонеальной деструкции локализовались: по левому типу у 9, центральному - у 5, правому – у 5 пациентов. В остальных случаях имелись смешанные типы поражения. Одиночные панкреатогенные абсцессы отмечены у 25 пациентов, располагаясь в подавляющем большинстве случаев в сальниковой сумке. У пациентов с панкреонекрозом, инфицировавшимся в ходе лечения, тяжесть состояния в среднем колебалась: APACHE II – 12-14, ССВО – 3-4, что указывало на тяжелое и крайне тяжелое состояние с высоким риском фатального исхода. Консервативное лечение заключалось в применении антибактериальных препаратов как в комбинациях (цефалоспорины III, IV поколений и фторхинолоны 1-й и 2-й генераций, метронидазол), так и в виде монотерапии - карбапенемы. Открытое оперативное лечение проводилось в случаях установленного диагноза инфицированного панкреонекроза и его осложнений, а также в тех случаях, когда максимальная консервативная терапия в токсической и реактивной фазах течения заболевания с использованием лапароскопического дренирования брюшной полости и экстракорпоральных методов детоксикации была неэффективной в течение 1-2 суток. Объем хирургического вмешательства зависел от тяжести состояния пациента и изменений в поджелудочной железе, окружающих ее органах и забрюшинной клетчатке, а также от фазы течения заболевания и включал избирательные санации зон поражения. Преимущественно избирался поперечный доступ. Общая летальность составила 35,8%. Средний койко-день 58,5 суток. Летальность в группе больных с уже инфицированным

панкреонекрозом составила 18,8%, а у больных со стерильным панкреонекрозом, инфицировавшимся в ходе лечения была 55,6%. Высокие цифры летальности в последнем случае обусловлены поздним поступлением пациентов в клинику – в среднем через 6,7 суток и более высокими показателями тяжести состояния больных. **ВЫВОДЫ**. Инфицированный панкреонекроз является показанием только к оперативным методам лечения. Успех лечения этой патологии с позиции необходимости в последующих санациях и релапаротомиях определяется полнотой некрсеквестрэктомии санации очагов распространения гнойных очагов.

423.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ, КАК СТАНДАРТ В ЛЕЧЕНИИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Горячев В.В. (1), Нуждихин А.В. (1), Демин А.М. (2)

Тула, 2) Новомосковск

- 1) ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница»,
- 2) ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница»

Цель исследования. Оценка возможностей хирургического лечения больных после лапароскопического и традиционного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы. Материал и методы. С 2001 по 2016 г. по поводу перфорации гастродуоденальных язв было оперировано 360 больных. Из них мужчин 216 (60%), женщин 144 (40%). Средний возраст пациентов составил $36 \pm 12,1$ года. Язвенный анамнез отсутствовал у 166 (46%) больных, 316 (60%) накануне принимали анти-секреторные препараты, 94 (26%) до заболевания не-контролируемо принимали НПВС. В течение суток после перфорации поступили 331 (92%) пациентов, 29 (8%) отмечали сроки перфорации бо-лее суток. По поводу перфорации дуоденальных язв оперировано 292 (81%) больных, желудочных 68 (19%). В обязательный клинико-инструментальный диагностический алгоритм при подозрении на перфорацию язвы нами были включены: срочные лабораторные (клинические анализы крови и мочи, отдельные биохимические показатели крови), ультразвуковое исследование и рентгенологическое обследование, ФГДС, физикальные методы обследования, что позволяло нам определить возможность проведения лапароскопического вмешательства при установленном диагнозе перфорации язвы. Противопоказаниями к лапароскопической опера-ции явились: тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации, сроки перфорации более 24 ч с выражен-ным парезом, требовавшим назоинтестинальной интуба-ции, V степень операционно-анестезиологического риска. Противопоказаниями к продолжению лапароскопических манипуляций по данным последующей лапароскопии являлись: признаки язвенного стеноза, выраженный периульцерозный инфильтрат, сочетание перфорации с кровотечением, подозрение на малигнизацию. Для оценки результатов хирургического лечения после лапароскопического и традиционного ушивания

перфоративной гастродуоденальной язвы были выделены две сопоставимые группы пациентов с традиционной и лапароскопической методикой оперативного лечения. У 144 (40%) больных ушивание прободных язв 12-ти перстной кишки выполнено лапароскопически. 132 (92%) больным язвы ушивали однорядным швом с интракорпоральным завязыванием узлов. 12 (8%) ушивание проводилось двурядным швом, что выполнялось в случае, когда перфоративное отверстие превышало 1,0 см или имелся достаточный периульцерозный инфильтрат. Санация брюшной полости предшествовала ушиванию язвы и выполнялась по завершению всех манипуляций. Завершалась операция дренированием подпеченочного пространства к области ушивания и дренаж в малый таз.. В послеоперационном периоде больные получали стандартную эрадикационную терапию (париет, клацид, амоксиклав). Через 10-12 суток выполнялась контрольная ФГДС с оценкой динамики заживления. Язвы рубцевались на 12-18 сутки после лапароскопического ушивания и на 14-20 сутки после традиционной операции. Заживление язв после лапароскопических методик ушивания происходило практически без деформации луковицы 12-ти перстной кишки, тогда как после традиционного ушивания во всех случаях наблюдали деформацию. Средний койко-день после лапароскопического ушивания прободной язвы составил 7,5, тогда как при открытом ушивании 10,2. Больные значительно легче перенесли лапароскопическое вмешательство с быстрым купированием явлений пареза кишечника, ранней активизацией и возможностью более раннего, уже на 2-е сутки перехода на энтеральное питание. Применение лапароскопической операции позволило нам полностью отказаться от потребности в наркотических анальгетиках в раннем послеоперационном периоде и максимально рано, на 2-е сутки уже активизировать больных. За весь период наблюдения у 6(1,8%) больных после традиционного ушивания перфоративных язв развились стенозы, что потребовало повторного оперативного лечения. После лапароскопического ушивания стенозов не наблюдали. Выводы. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы является наиболее адекватным хирургическим способом устранения данного осложнения язвенной бо-лезни, позволяющим минимизировать количество после-операционных осложнений и сократить сроки стационар-ного лечения при строгом соблюдении показаний и противопоказаний к данной методике

424. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Подъяблонская И.А. (1), Барсуков В.А. (2), Агафонов С.В.(2), Мокрова А.В. (1)

Рязань

1)РязГМУ, 2) ГБУ РО «ОКБ»

Актуальность проблемы снижения летальности при острой неопухолевой кишечной непроходимости связана с частотой и тяжестью этой патологии. Сложность диагностики и

выбора тактики на всех этапах оказания помощи требует внедрения четких диагностических и лечебных алгоритмов. С 2012 по 2016г. в хирургическом отделении Рязанской областной клинической больницы оперирован 141 больной с диагнозом неопухолевой тонкокишечной непроходимости (К 56 по МКБ10), послеоперационная летальность составила 8,5%. Анализированы истории болезни 12 умерших больных спаечной тонкокишечной непроходимостью (в том числе 4 – спаечная непроходимость в вентральной грыже) и 9 умерших после операций по поводу ущемленной грыжи с тонкокишечной непроходимостью (К 40-46 по МКБ10). Средний возраст умерших 78,3 ±5,7лет. Индекс коморбидности Charlson 7,6±1,8. Средний срок поступления от начала заболевания при спаечной непроходимости - 2,6 суток; при ущемленной грыже только один больной поступил через 3 часа, у остальных срок поступления составил – 4,9 суток, в 85,7% – это позднее обращение пациентов за медицинской помощью. Перитонит как непосредственная причина смерти был у 4 (19%) больных. У двух больных развилась острая дыхательная недостаточность на фоне пневмосклероза и пневмонии после пластики больших грыжевых дефектов. Наибольшую частоту –47,6%-составили тромбоэмболические осложнения, наступившие на фоне тяжелой энтеральной недостаточности: тромбоэмболия легочной артерии – у 5 больных, венозный мезентериальный тромбоз – у 2 больных, острый инфаркт миокарда – у 3. Тяжесть полиорганных нарушений коррелирует с длительностью кишечной непроходимости. Некроз кишки обнаружен во время операции у 6 больных, но клинико-биохимические признаки тяжелого эндотоксикоза и синдрома полиорганной недостаточности зарегистрированы у всех пациентов. Энтеральная недостаточность наблюдалась у всех больных с запущенной непроходимостью, несмотря на сохраненную жизнеспособность кишки. Водно-электролитные расстройства, эндотоксикоз, нарушение микроциркуляции кишечной стенки с гиперпродукцией паракринных субстратов, в том числе тромбина, приводят к нарушению системы регуляции агрегатного состояния крови. Фармакологическая профилактика венозных тромбоэмболических осложнений проводилась 15 (71,4%) больным. Нефракционированный гепарин применялся в дозе 2500ЕД- 5000ЕД 2-4 раза в сутки п/к или в/в; низкомолекулярный гепарин – фраксипарин - в дозе 0,3- 0,6 1- 2 раза в сутки, в трех случаях сочетался одновременно или последовательно с НФГ от 3 до 15 суток. Из умерших больных с тромбоэмболическими осложнениями антикоагулянты получали 7 из 10 пациентов. Неэффективность применения антикоагулянтов может быть связана как с тяжестью нарушений гомеостаза, так и с неадекватностью выбора схем терапии. В 5 случаях профилактика назначалась по схеме, соответствующей умеренному риску тромбоэмболических осложнений - имела место недооценка тяжести состояния пациентов, сопутствующих заболеваний. Продолжительность назначения антикоагулянтов также была недостаточной. Выводы. Для улучшения результатов лечения острой кишечной непроходимости необходимо повышение эффективности оказания помощи в первичном звене с целью предотвращения позднего поступления больных; острая кишечная непроходимость должна быть отнесена к группе высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений с необходимостью фармакологической и механической профилактики по обязательному к исполнению протоколу, созданному в стационаре с учетом национальных рекомендаций

**425.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИКСАТОРА ГОЛЕНОСТОПА, ДОЗИРУЮЩЕГО
ОБЪЕМ ДВИЖЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ
И НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ
И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ**

*Савкин И.Д. (2), Юдин В.А.(1,2), Селиверстов Д.В.(1,2),
Кондрусь И.В.(1), Новиков Л.А.(1)*

Рязань

1. ГБУ РО “Областная клиническая больница”
2. ФГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

Введение: история неподвижных повязок – шин и лубков – насчитывает более трех тысяч лет. Сто пятьдесят лет назад Н. И. Пирогов предложил для иммобилизации гипсовые повязки, а в конце XIX – первой половине XX столетий активно применялись твердые повязки с яичным белком, клейстером, клеем, жидким стеклом, творогом с известью, шеллаком и гуттаперчей. С конца прошлого века широко используются пластиковые фиксаторы, разрабатываются новые материалы и комбинации их с классическим гипсом, и в то же время традиционная гипсовая повязка не теряет своей значимости. Она хорошо моделируется, плотно и равномерно прилегает к телу, быстро отвердевает, легко снимается и может быть применена в любых условиях. Но даже идеально наложенная гипсовая повязка достаточно тяжела, и у пациентов часто является причиной нарушений сна, снижения аппетита, становится источником постоянного беспокойства. В настоящее время появились синтетические материалы для выполнения иммобилизирующих повязок, которые обладают новыми ценными свойствами: прочностью, легкостью, высокой способностью к моделированию, гипоаллергенностью, гигиеничностью, а также не мешают выполнению рентгенологического исследования. Кроме того сегодня получило распространение с целью иммобилизации и разгрузки стопы использовать фиксатор голеностопа, дозирующий объем движений. Цель: изучить эффективность применения фиксатора голеностопа, дозирующего объем движений у пациентов с нейропатической и нейроишемической формами синдрома диабетической стопы и диабетической остеоартропатией. Материалы и методы: в исследуемую группу вошло 20 пациентов основной группы и 29 пациентов группы сравнения с трофическими изменениями нижних конечностей. Нейропатическая форма диагностирована у 12 и у 19, нейроишемическая форма у 8 и 10 пациентов соответствующих групп. В основной группе во II фазу раневого процесса больным назначалось ношение тьютора голеностопного, дозирующего объем движений. В группе сравнения проводились перевязки без ношения тьютора. Пациенты обеих групп получали комплексную терапию по показаниям (инфузионную, физиотерапию, антибактериальную, ГБО). Контроль за фазой течения раневого процесса у пациентов определяли визуально, с помощью мазков-отпечатков, и измеряли площадь раневой поверхности по методу Л. Н. Поповой (1942). Результаты: в основной группе у больных трофическими изменениями на фоне нейропатической формы синдрома диабетической стопы эпителизация наступила на $17,56 \pm 4,7$ сутки, в группе сравнения на $25,96 \pm 5,9$ сутки, у больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы на $22,57 \pm 6,2$ сутки, в группе сравнения на $29,42 \pm 6,8$ сутки. Заключение: голеностопный тьютор обладает сильной степенью фиксации. Он обеспечивает стабилизацию голеностопного сустава, разгрузку стопы

Изделие снабжено несколькими фиксирующими лентами с застежками «велкро», что позволяет использовать его при наличии отеков. Боковые ребра жесткости фиксируют и стабилизируют голеностопный сустав и нижнюю треть голени во фронтальной плоскости. С помощью специального дозатора объема движений, задаются параметры сгибания и разгибания при разработке контрактур голеностопного сустава. Учитывая, что при нейропатической и нейроишемической форме диабетической стопы и диабетической остеоартропатии необходимо прежде всего обеспечить разгрузку стопы, использование фиксатора голеностопа оправдано, как альтернатива другим иммобилизирующим повязкам и приспособлениям.

426.ПОВТОРНЫЕ ЭНДОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Гвоздев А.А. (1), Сотников А.А. (1), Ржевский С.А. (1),
Малашенко В.Н. (1), Плюта А.В. (2), Козлов С.В. (2)*

Ярославль

- 1) ГБУЗ ЯО Клиническая больница №10, эндоскопическое отделение
- 2) ЯГМУ, кафедра факультетской хирургии

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка (Ж) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) относится к наиболее частым заболеваниям, встречающимся у 5-15% взрослого населения, и не имеет тенденцию к снижению [Лазебник Л.Б., Гусейнзаде М.Г., 2007]. Кровотечение при ЯБ Ж и ДПК является одним из самых частых и опасных осложнений с высокой летальностью [Панцырев Ю.М. с соавт., 2003]. Эндоскопический гемостаз является одним из ведущих методов лечения ЯК. Значимость повторных эндоскопий после эффективного гемостаза спорна, однако четкие рекомендации, регламентирующие сроки повторных эндоскопий пока отсутствуют. Материалы и методы. Ретроспективно изучены медицинские карты и истории болезни 202 пациентов, экстренно поступивших в ГБУО ЯО «Клиническая больница №10» в период с 2010 г. по 2016 г. по поводу кровотечения из верхних отделов ЖКТ язвенной этиологии. Мужчин было 110 (возраст 16-86 лет, средний 55,1 лет), женщин 92 (возраст 23-96, средний 69,4 лет). Всем пациентам при поступлении после промывания желудка была выполнена экстренная ЭГДС с последующим эндогемостазом. По локализации язвенного источника (источников) кровотечения: в желудке - в 52% случаях (антральный отдел 31% случаев, угол желудка – 10%, тело желудка - 56%, чаще всего в области верхней трети по задней стенке, кардия – 3%), в луковице двенадцатиперстной кишки – в 48% случаях. По размеру чаще всего встречались язвы до 1 см - в 50% случаях, до 2 см – 30%, до 3 см – 13%, более 3 см – 7%. Оценка степени кровотечения и прогнозирования риска рецидива проводилась по классификации Forrest (1974). Пациентам с кровотечением F IA-B и F IIA-B был проведен эндоскопический гемостаз в виде сочетания методов: инъекции 0,01% раствора адреналина, термальные воздействия

(многополярная электрокоагуляция), механические воздействия (эндоскопическое клипирование). В первые 24 часа после первичного гемостаза пациентам была выполнена повторная ЭГДС. Результаты. В большинстве случаев выявлено кровотечение F IIA - у 52% пациентов (размер язв от 1,0 см до 5 см, в среднем 1,69 см), реже встречалось F IA-B – у 21% (размер язв варьировал от 1,0 см до 3,0 см, в среднем 1,7 см), еще реже F IIB - у 14% пациентов (размер язв от 1,0 см до 4,0 см, в среднем 1,65 см), также был диагностирован и F IIC у 13% пациентов (размер язв от 1,0 см до 5 см, в среднем 2 см). Эндоскопический гемостаз был эффективен у 172 (85%) пациентов. После проведения эндоскопического лечения пациентам парентерально назначалась антисекреторная и антибактериальная терапия. Гемотрансфузия потребовалась 52 пациентам. Повторное исследование в пределах 24 часов после первичного гемостаза проведено всем 202 пациентам, при этом рецидив кровотечения в группе высокого риска (F I A-B, F II A-B) отмечен у 47 (23%) пациентов. В этой группе больных повторный эндоскопический гемостаз был эффективен у 17 (36%) пациентов. В группе низкого риска рецидива кровотечения не выявлено. За время госпитализации в среднем каждому пациенту выполнено 3 эндоскопии верхних отделов ЖКТ, максимально 9 раз. В случае неэффективности эндоскопического гемостаза при рецидиве кровотечения, выявленного на контрольной эндоскопии, 30 пациентам (15% всех случаев) проведено хирургическое лечение. Летальность в группе эффективного эндоскопического гемостаза составила 0%, в группе прооперированных больных - 26%, при этом общая летальность – 3,9%. Заключение. Эндоскопический гемостаз был эффективен в 85%, при этом общая летальность составила 3,9%. Однако послеоперационная летальность при хирургическом лечении значительно выше, и составила 26%. Эндоскопическая картина пациентов с ЯК в большинстве случаев представлена F IA-B и F IIA (суммарно 73%). Было отмечено ухудшение результатов лечения ЯК при размере язвенного поражения более 2 см. По результатам нашего исследования повторная эндоскопия позволила снизить количество хирургических операций на 36%, поэтому выполнение повторных эндоскопий в первые 24 часа в группе высокого риска (F I A-B, F II A-B) оправданно.

427.СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ С ПОЗИЦИЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ FAST-TRACK

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

Актуальность. Современные тенденции хирургии диктуют необходимость внедрения методик ведения пациентов в предоперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах, направленных на минимизацию «хирургического стресса» и улучшения отдалённых результатов лечения и субъективного качества жизни. Неоднократные

исследования показали, что использование принципов мультимодальной стратегии Fast-Track позволяет минимизировать стрессовую реакцию на организм пациента, улучшить субъективные и объективные параметры в раннем послеоперационном периоде, а также уменьшить койко-день и финансовые затраты на лечение. Цель. Оценить возможности использования мультимодальной стратегии Fast-Track у пациентов с сочетанным холецистохоледохолитиазом. Материалы и методы. С 2013 по 2017 год в клинике НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова было пролечено 112 пациентов с холецистохоледохолитиазом. Средний возраст больных составил 62,7 лет, среди них было 74 (66,1%) женщины и 38 (33,9%) мужчин. Все пациенты были оперированы с использованием современных малоинвазивных технологий, выполнялись следующие оперативные вмешательства: комбинированная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в сочетании с эндоскопической папилосфинктеротомией (ЭПСТ) и комбинированная ЛХЭ в сочетании с лапароскопической холедохолитотомией, интраоперационной холедохосокпией с литоэкстракцией. 41 (36,6%) пациент был пролечен с использованием принципов стратегии Fast-Track, 71 (63,4%) – по стандартной методике. В предоперационном периоде проводилось: детальное информирование пациента о предстоящем оперативном вмешательстве и минимально необходимая предоперационная подготовка. Интраоперационно, помимо использования малоинвазивных оперативных технологий, в рамках стратегии Fast-Track осуществлялось анестезиологическое пособие, по возможности не устанавливались контрольные дренажи в брюшную полость, также не использовался назогастральный зонд, а дренирование холедоха производилось только при наличии билиарной гипертензии. В послеоперационном периоде проводилась ранняя активизация пациентов, адекватное купирование болевого синдрома, раннее начало энтерального питания. В группах пациентов сравнивались следующие параметры: время операции, послеоперационные осложнения, летальность, койко-день, экономические затраты. Результаты. При сравнении результатов исследования было установлено, что в группе пациентов, пролеченных с использованием методики ускоренного восстановления, по сравнению с группой пациентов, пролеченных по стандартной методике имелось меньший койко-день (7,9 vs 9,5), меньшее время оперативного вмешательства (130,1 мин vs 212,5 мин), меньшие экономические затраты (72 828,26 vs 86 864,6), а также пациенты отмечали субъективно лучшее качество жизни в послеоперационном периоде. Достоверных различий в частоте послеоперационных осложнений, летальности не наблюдалось. Выводы. 1. Использование методики Fast-Track допустимо у пациентов с холецистохоледохолитиазом. 2. Применение принципов ускоренного выздоровления в хирургии у пациентов с сочетанным холецистохоледохолитиазом позволяет, по сравнению со стандартной методикой ведения, уменьшить время оперативного вмешательства за счет использования современных малоинвазивных технологий, послеоперационный койко-день и экономические затраты, а также улучшить субъективное качество жизни в раннем послеоперационном периоде.

428. САНАЦИОННЫЕ РЕЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Луговой А.Л., Гребцов Ю.В., Ярцева Е.А.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель: Продемонстрировать возможности повторных эндовидеохирургических вмешательств в лечении перитонита. Материал и методы: В группе больных, пролеченных с использованием эндовидеохирургических вмешательств 49 (28%) пациентам потребовалось выполнение санационных релапароскопий, как «по требованию», так и «по программе». Распределение больных по виду санационной релапароскопии в зависимости от источника перитонита было следующим: 1. Релапароскопия «по требованию» - деструктивный аппендицит 12 (7,5%); - деструктивный панкреатит 4 (2,5%); - деструктивный холецистит 4 (2,5%); - послеоперационный желчный перитонит 14 (8,8%). 2. Релапароскопия «по программе» - деструктивный аппендицит 10 (6,3%); - деструктивный панкреатит 1 (0,6%); - деструктивный холецистит 4 (2,5%). Как видно из представленных данных, среди больных с перитонитом, требующих повторного оперативного вмешательства, преобладали пациенты с аппендикулярным и послеоперационным желчным перитонитом. Основными показаниями к выполнению релапароскопии «по программе» являлись интраоперационные данные, выявленные в ходе первичной эндовидеохирургической операции: 1) распространенный фибринозно-гнойный перитонит; 2) невозможность одномоментного удаления фибриновых наложений на брюшине; При анализе группы больных, которым производилась релапароскопия «по требованию», были установлены следующие показания к её выполнению: 1) появление лихорадки и нарастание интоксикации в послеоперационном периоде; 2) нарастание показателей лейкоцитарного индекса интоксикации; 3) не разрешающийся парез кишечника; 4) появление симптомов раздражения брюшины; 5) появление патологического отделяемого по контрольному дренажу из брюшной полости; 6) появление УЗИ признаков жидкостных скоплений в различных отделах брюшной полости; Результаты и обсуждение: На основании проведенного анализа были выявлены следующие критерии, позволяющие прекратить санационные вмешательства: 1) содержание серозного экссудата в брюшной полости в объеме до 50 мл; 2) отсутствие наложений фибрина на париетальной и висцеральной брюшине; 3) снижение гиперемии и отечности париетальной и висцеральной брюшины; 4) отсутствие пареза кишечника, сопровождающегося расширением его петель более 3 – 4 см. Заключение: Таким образом, выполнение санационной релапароскопии как «по требованию», так и «по программе» необходимо для контроля над состоянием брюшной полости в условиях перитонита. Несмотря на малую травматичность оперативного доступа, возможно выполнить полноценную санацию брюшной полости эндовидеохирургическим способом (при отсутствии противопоказаний), что позволяет в большинстве случаев избежать выполнения лапаротомии.

429.ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ ГЕМОРРОЯ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ

Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Хитарьян А.Г., Ковалев С.А.

Волгоград, 2) Ростов-на-Дону

- 1) ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава РФ,
- 2) ЗАО МНПО «Клиника «Движение»,
- 3) ФГБОУ ВО "РостГМУ" Минздрава РФ

Актуальность. Геморрой занимает первое место в структуре заболеваний толстой кишки. Современная реальность требует внедрения малоинвазивных методов лечения, не приводящих к потере трудоспособности пациента. Обладая более чем 20 летним стажем работы в частной амбулаторной колопроктологии, мы всегда находились в поисках универсальной технологии, подходящей для лечения всех стадий геморроя. Наличие множества технологий малоинвазивного лечения геморроя требует оценки их эффективности для облегчения выбора врачом методики в конкретном случае. Метод склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием - разработка российских ученых, применяемая в медицинской практике с 2005 года, является самостоятельной методикой, значительно отличающейся от традиционной склеротерапии. Ультразвуковая кавитация относится к наиболее важному из эффектов ультразвука, обеспечивающему интенсивное распространение лекарственного препарата в зоне воздействия и импрегнацию им тканей. В настоящее время лечение данным методом получили более 10000 пациентов с геморроем, что требует оценки эффективности метода. Материалы и методы. В 2001 году нами был создан новый ультразвуковой хирургический аппарат «Проксон», имеющий три рабочих инструмента: 1) устройство для склеротерапии геморроя и обработки свищевых ходов с УЗ, 2) ультразвуковой скальпель, 3) торцевая насадка для обработки ран и полостей. Мы рутинно выполняем с помощью аппарата «Проксон» склеротерапию с ультразвуком при I-III стадиях геморроя, а также хирургические вмешательства с помощью ультразвукового скальпеля при IV стадии геморроя, сфинктеролеваторопластике, иссечении анальных трещин, малоинвазивное лечение сложных параректальных свищей. Склеротерапия геморроя с ультразвуком – разработка российских ученых, применяемая в медицинской практике с 2005 года. Нами была проведена оценка результатов лечения 7860 пациентов на базе двух центров – «Клиника «Движение», г. Волгоград, и «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» г. Ростов-на-Дону в период с 2005 по 2015г. Максимальный срок наблюдения составлял 8 лет. Методика выполнялась с помощью отечественного аппарата «Проксон», позволяющего вводить раствор склерозанта с одновременным ультразвуковым воздействием. Склерозирующее лечение с УЗ выполнялось у больных с 1 по 3 стадию, а при 4 стадии на фоне кровотечения и анемии, как подготовка к хирургическому вмешательству. Результаты. В отдаленном периоде у пациентов с I–III ст. стойкая ремиссия наблюдалась у 61,5%, число осложнений не превысило 2,43%. Метод эффективен для остановки кровотечения при анемии и IV ст. геморроя, как подготовка ко второму этапу лечения. Заключение. Оценка многолетнего опыта применения склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием показала высокую эффективность и безопасность, в том числе, в отдаленном периоде. Однако при III ст. заболевания необходимо повторять введение

препарата через 2 - 6 месяцев, а для отдаленно живущих больных предпочтительна операция. Метод особенно эффективен при сопутствующих ВЗК, так как не оставляет раневой поверхности.

430.ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ САНАЦИОННЫХ РЕЛАПАРОСКОПИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Луговой А.Л., Гребцов Ю.В., Ярцева Е.А.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель: продемонстрировать возможности санационных эндовидеохирургических вмешательств в лечении перитонита. Материал и методы: Релапароскопия по «требованию» была выполнена 34 больным, релапароскопия «по программе» была выполнена 15 пациентам. Принципиальных отличий в технике выполнения релапароскопии «по требованию» и «по программе» нет. Для формирования карбоксиперитонеума применялся способ подачи углекислого газа в брюшную полость через дренаж, оставленный при первичной операции, что также способствовало снижению риска повреждения внутренних органов. При наличии двух и более дренажей, остальные перекрывались для создания герметичного пространства. В случаях нефункционирующего дренажа, как правило, по причине «закупорки» фибриновым «сгустком», дренаж предварительно промывали физиологическим раствором или растворами антисептиков, далее приступали к формированию карбоксиперитонеума. Точка доступа оптического троакара располагалась, как и при первичной операции, над пупком. В обоих случаях, учитывая повторное оперативное вмешательство, использовалась методика лапароскопического доступа по Хассену, для снижения риска повреждения внутренних органов. Также, при постановке оптического троакара, для уменьшения риска повреждения внутренних органов использовалась методика пальцевой ревизии в дефекте апоневроза, сформированном после выполнения первичной операции. Точки постановки дополнительных троакаров зависели от локализации воспалительных изменений. Как правило, один рабочий троакар был диаметром 5 мм, а другой – 10 мм. Установка рабочего троакара диаметром 10 мм была необходима в случаях наличия в брюшной полости воспалительного экссудата с фибриновыми «сгустками», которые проще было эвакуировать с помощью электроотсоса диаметром 10 мм. Так при локализации воспалительного экссудата в полости малого таза и правой подвздошной области рабочие троакары устанавливались в правой мезогастральной и левой подвздошной областях, что обеспечивало прицельную санацию указанных областей. В случае расположения воспалительного экссудата в полости малого таза и правом или левом боковом канале, важным моментом явилась поэтапная санация брюшной полости. Точки расположения дополнительных троакаров также располагались в правой мезогастральной и

левой подвздошной областях. Вначале производилась санация верхнего, вовлеченного в патологический процесс, отдела брюшной полости, что достигалось изменением положения больного. В данном случае использовалось положение Фовлера (с приподнятым головным концом) и небольшим наклоне операционного стола на правую сторону (в случае локализации выпота в правом боковом канале), или на левую сторону (в случае локализации выпота в левом боковом канале), что предотвращало перемещение воспалительного экссудата на интактные зоны. При локализации воспалительного экссудата в подпеченочном пространстве санацию проводили в положении Транделенбурга с небольшим наклоном операционного стола на правую сторону, для исключения распространения экссудата в нижележащие отделы. При распространенном перитоните, когда было отмечено распространение гнойного выпота с налетами фибрина во все отделы брюшной полости, рабочие троакары устанавливали в правой и левой мезогастральных областях. Для полного очищения висцеральной и париетальной брюшины, а также межпетельного пространства заполняли брюшную полость большим количеством раствора антисептика до погружения петель кишечника в последний. Далее, используя мягкий «кишечный» зажим, выполнялось «полоскание» кишечных петель в растворе антисептика, что позволило повысить эффективность санации, а также снизить ее травматичность. Для облегчения удаления оставшихся фибринозных наслоений также использовали марлевые турунды, которые вводили в брюшную полость через рабочий троакар диаметром 10 мм. В случаях распространенного перитонита, с признаками пареза кишечника, сопровождающимся умеренным расширением его петель, но отсутствием абсолютных показаний для назогастроинтестинальной интубации для улучшения обзора применяли ретракторы. Ретракторы позволяют оттеснить расширенные петли кишечника в противоположную от зоны исследования сторону, что способствует созданию достаточного оптического объема в брюшной полости и проведению более тщательной ревизии. Также для улучшения визуализации использовали методику наклона пациента на противоположную от зоны исследования сторону. Данный способ также способствовал смещению петель кишечника в противоположную сторону, тем самым увеличивая обзор в брюшной полости. При выявлении нефункционирующих дренажей, последние заменяли, либо корректировалось их расположение. Заключение: Таким образом, использование данной методики позволяет снизить травматичность санационных вмешательств и избежать неоправданных релапаротомий.

431.СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Чернооков А.И. (1), Багдасаров В.В. (1,3), Багдасарова Е.А. (1,3),
Атаян А.А.(1,2), Ярков С.А. (3), Хачатрян Э.О. (1).*

Москва

- 1) Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
- 2) ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана,
- 3) ГКБ имени С.С. Юдина

ЦЕЛЬ: Оценить эффективность применения компьютерной томографии с контрастированием и эндоваскулярных методов в лечении нарушения мезентериального кровообращения. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** Материалом исследования являются результаты лечения 46 больных с нарушением мезентериального кровообращения, на кафедре госпитальной хирургии №2, Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Возраст больных колебался от 47 до 91 года. Средний возраст составил $71,3 \pm 4,28$. Из них мужчин было 22 (47,8%) и 24 женщин (52,2%). Всем больным с подозрением на острое нарушение мезентериального кровообращения выполнялась компьютерная томография с контрастным усилением, после определения нарушения кровотока в верхней брыжеечной артерии, больных переводили в отделение рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения для выполнения дальнейшего лечения. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** При выполнении спиральной компьютерной томографии из 46 больных у 33 (71,7%) - диагностирована окклюзия в системе верхней брыжеечной артерии (ВБА), у 13 (28,3%) больных диагностирован стеноз ВБА. Больным с острой окклюзией в системе ВБА в 33 наблюдениях проведено эндоваскулярное восстановление кровотока в ВБА. Первым этапом выполняли антеградную механическую реканализацию проводниками, аспирационная тромбэкстракция выполнена 32 (96,9%) больным, из них у 18 больных мануальная аспирация проводилась непосредственно через гайд-катетер 7Fr, в 25 (78,1%) случаях удалось аспирировать тромботические массы с удовлетворительным результатом. Баллонная ангиопластика выполнена 33 больным. При отсутствии устойчивого эффекта от баллонной ангиопластики выполнялась имплантация стента у 8-х (24,2 %) пациентов. В 13 (23,9%) наблюдениях больному с неокклюзионным видом нарушения кровообращения в ВБА, гемодинамически значимым стенозом ВБА, проведена баллонная дилатация и имплантация стента, с последующим удовлетворительным ангиографическим результатом. В 15 (32,6%) случаях наблюдалась дистальная эмболизация, после проведенной ангиопластики. В 38 (82,6%) случаях больным выполнялось введение ингибиторов IIb IIIa рецепторов. Технический успех рентгеноэндоваскулярных вмешательств у пациентов с нарушением кровотока в ВБА был достигнут в 39 (84,8 %) случаев. В результате лечения больных в стадии ишемии и инфаркта умерло 13 больных, летальность составила 36,9%. Всем больным проведена попытка реваскуляризации ВБА и ее ветвей на всех уровнях поражения, при этом ведущее место отдавали рентгеноэндоваскулярным методикам восстановления кровотока в ВБА в сочетании с резекцией некротизированного участка кишки. **ВЫВОДЫ:** Полученные нами данные свидетельствуют, о том, что рентгенхирургические методы лечения эффективны и позволяют сохранить жизнеспособность ишемизированного участка кишки, или значительно уменьшить

зону инфаркта кишки и как следствие сократить границы резекции. Эндovasкулярное восстановление кровотока является методом выбора (до развития перитонита), позволяющим значительно снизить летальность.

432.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧЕ-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ: 26 ЛЕТ В СТРОЮ

Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ, ЦЭЛТ

Введение. Еще 20 лет назад хирургическое вмешательство по поводу осложненных форм ЖКБ представляло собой серьезную и весьма травматичную операцию, сопровождающейся достаточно высоким числом осложнений (15-30%), а летальность достигала 8-12%. Это в значительной степени определяло сдержанную хирургическую тактику при осложненном холецистите, зачастую вынуждая хирурга отказываться от радикальной операции в пользу менее травматичного паллиативного пособия (пункции желчного пузыря, холецистостомии и т.п.) или длительного консервативного лечения. В особой мере это относилось к лечению больных пожилого и старческого возраста, у которых риск открытого вмешательства был достаточно высок. Бурное развитие эндоскопической хирургии в последние два десятилетия позволило коренным образом пересмотреть отношение клиницистов к проблеме лечения желчнокаменной болезни. В настоящее время ЛХЭ является наиболее широко распространенным вмешательством, позволяющим существенно улучшить результаты хирургического лечения больных с ЖКБ. Мы располагаем опытом лечения более 15000 больных в возрасте от 13 до 93 лет, которым с октября 1991 г. была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ и ее осложнений. Длительность анамнеза заболевания составила от 1 до 35 лет, в среднем 4,5 года. Неосложненные формы ЖКБ отмечены у 58% больных, осложненное течение болезни - у 42%. Около половины общего числа больных (47,3%) составили пациенты в возрасте старше 60 лет с широким спектром интеркуррентных заболеваний других органов и систем. В этой группе также преобладали пациенты с осложненным течением ЖКБ (острое воспаление желчного пузыря, абсцессы и перитонит, хроническая эмпиема и инфильтративно-индуративное воспаление с нарушением нормальной анатомии гепато-дуоденальной связки, водянка желчного пузыря, пузырно-кишечные свищи, холедохолитиаз и механическая желтуха, и т.д.). Лапароскопические вмешательства производили по модифицированной 3-4-портовой "американской" методике с использованием стандартного лапароскопического оборудования. У ~70% больных операцию заканчивали установкой 1, редко - 2 дренажей в зоне поражения (подпеченочное пространство, полость абсцесса или малый таз при перитоните). Марлевые тампоны после вскрытия абсцессов или при перитоните не применяли. Продолжительность операций в

группе больных с неосложненным холециститом составила от 7 до 35 минут (в среднем 15-20 мин), при наличии осложнений - от 20 до 145 мин, в среднем 45-60 мин. Двум больным с тяжелым 4-6 суточным желчным перитонитом на следующий день после первичной операции была выполнена лапароскопическая санация брюшной полости. Сроки пребывания больных в стационаре - от 1 до 6 суток (в среднем 1,8 дня). Переход при технических трудностях (неясная анатомия и синдром Миризи, ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков, холедохолитиаз и гнойный холангит, рак желчного пузыря) к открытому вмешательству имел место у 12 пациентов. Около 8% больных с ЖКБ и другими хирургическими заболеваниями (грыжи, опухоли, кисты, миомы матки, ХВН и др.) перенесли одномоментные симультанные операции. Из серьезных интра- и послеоперационных осложнений имели место повреждение холедоха и правого печеночного протока у 3 больных, желчный затек с развитием местного перитонита - у 2 пациентов (соскальзывание клипсы -1, незамеченный проток Лушка - 1), абсцесс ложа пузыря - у 3 больных. Следует отметить, что большинство осложнений наблюдалось в основном в период освоения методики (первые 1500 операций). Летальных исходов после лапароскопических операций у наших больных не было. Одна пациентка 73 лет с тяжелой желтухой погибла от панкреонекроза на 14 сутки после ЭРГПХГ и экстакции камня холедоха. Удаление желчного пузыря ей так и не провели. Обсуждение. Большой 26-летний опыт применения малотравматичной лапароскопической техники при лечении больных с различными формами ЖКБ, а также наличие современного эндохирургического, анестезиологического, диагностического и лабораторного обеспечения, позволили радикально пересмотреть практически все принципы ведения больных с данной патологией, отказавшись от лапаротомии в пользу малоинвазивных методик. Во-первых, сегодня можно с уверенностью сказать, что лапароскопическое вмешательство при ЖКБ является "золотым стандартом" лечения практически любых форм и осложнений этого распространенного заболевания. В наблюдаемой нами группе больных на последние 10.000 вмешательств не было ни одного перехода к лапаротомии. Все, что можно сделать открытым способом, при соответствующем опыте и материальном обеспечении, может быть сделано лапароскопически, с минимальной травмой для пациента. Во-вторых, при любых формах острого холецистита и других неотложных состояниях (механическая желтуха калькулезного генеза, холангит, абсцессы и т.п.) мы полностью отказались от общепринятой активно-выжидательной тактики в пользу агрессивной хирургической в течение первых часов (максимум - первых суток) госпитализации. В особой мере это относится к лечению больных пожилого и старческого возраста. Мы считаем проведение консервативных мероприятий с целью купирования острого приступа неоправданным и затягивающим сроки выздоровления больных. Практический опыт свидетельствует, что выполнение операции в первые 3-4 дня от начала острого приступа по технической сложности мало отличается от вмешательства при неосложненном холецистите. Развивающиеся в более поздние сроки (7-14 дней) индуративно-воспалительные изменения тканей желчного пузыря и гепато-дуоденальной связки могут явиться в менее опытных руках причиной неудачи лапароскопического вмешательства. Заметим, что именно эта категория больных с т.н. "хронической эмпиемой" желчного пузыря может представлять наибольшую опасность в плане ятрогенных интраоперационных осложнений (повреждение внепеченочных желчных протоков, кровотечение и др.), так как длительно существующее хроническое воспаление приводит к изменению или исчезновению нормальных анатомических ориентиров в этой зоне. Согласно общему мнению эндохирургов, это осложнение является наиболее частой причиной перехода

к открытому вмешательству. Мы рекомендуем в случаях неясной анатомии чаще использовать методику интраоперационной холангиграфии, и лишь в тяжелой ситуации - переходить к открытой технике операции, не считая это неудачей лапароскопии. В-третьих, мы считаем неоправданным в подавляющем большинстве случаев острого холецистита пункцию желчного пузыря или наложение холецистостомы. Вероятно, причины столь широкого применения этой методики зависят не только от исходной тяжести состояния больных, но имеют и вполне материальную основу - повторная госпитализация оплачивается по стандартам ОМС в полном объеме. Но при наличии некротических изменений стенки желчного пузыря такая методика не только не снимает острого воспаления, но и усугубляет тяжесть состояния больных за счет существования хронического очага гнойной инфекции. Более того, увеличение сроков лечения до 1-2 месяцев (до полного стихания воспаления и возможности проведения планового оперативного вмешательства) не устраивает абсолютное большинство пациентов трудоспособного возраста, заставляя их искать другие пути решения этих проблем. В-четвертых, применение малоинвазивных методик при лечении ЖКБ сопровождается минимальным числом интра-и послеоперационных осложнений, что позволяет осуществлять практически все принципы Fast-track хирургии: ранняя активизация, раннее питание, сокращение количества лекарственных препаратов, ранняя безопасная выписка больных из стационара и т.д. Все эти принципы были заложены в нашем алгоритме лечения больных еще в начале 90-х годов прошлого столетия, задолго до того момента, когда официально был принят этот термин - "Fast-track"... Единственно, от чего мы полностью отказаться не смогли - это дренирование брюшной полости... Хотим спать спокойно... Таким образом, использование эндовидеохирургических методик является наиболее перспективным и эффективным направлением в лечении желче-каменной болезни и ее осложнений.

433.МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ПРИМЕНЯЕМОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Поляков А.В., Михеев А.В., Романов А.Н., Зулпухаров Д.Р.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность. Оперативные вмешательства по поводу грыж передней брюшной стенки или их осложнений занимают одну из наибольших ниш в хирургии, как плановой, так и экстренной. Не смотря на разработку новейших материалов для аллопластики, применение разнообразных методик герниопластики, внедрение новых шовных материалов, частота раневых осложнений после операций по поводу грыж остается на высоком уровне – по данным различных авторов в пределах от 8 до 47%. Основными из них являются: серомы (6,7-

50%), инфильтраты (1,6-4,1%), гнойные воспаления п/о ран (2,2-7,8%), формирование свищей, отторжение эндопротеза и др. Цель: изучить и сравнить морфологические особенности течения раневого процесса в зависимости от способа применяемой герниопластики (ауто- или аллопластики); сравнить течение раневого процесса при ауто- и аллопластике с таковым при применении сетчатого эндопротеза и последующими сеансами воздействия низкоинтенсивным инфракрасным лазерным излучением (НИЛИ) на зону оперативного вмешательства. Материал и методы. Проведен эксперимент на 90 лабораторных половозрелых беспородных белых крысах-самцах массой 150-200 г. Эксперимент реализован в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 августа 2010 г. N 708н «Об утверждении правил лабораторной практики». Все животные были разделены на 3 серии по 30 особей. Оперативное вмешательство проводилось под эфирным наркозом. Животным серии №1 проведена срединная лапаротомия с последующим ушиванием раны дубликатурой апоневроза капроновой нитью; серии №2 – ушивание лапаротомной раны с применением сетчатого эндопротеза, широко доступного и применяемого в общехирургической практике (из монофиламентного полипропилена с поверхностной плотностью 65-80 г/м², фиксирован монофиламентным проленовым шовным материалом); серии №3 – ушивание лапаротомной раны с применением аналогичного сетчатого эндопротеза с последующими сеансами воздействия НИЛИ (мощность 4 Вт, частота 3000 Гц в течение 10 минут 1 раз в сутки) на зону оперативного вмешательства. Выведение животных из эксперимента осуществлялось на 3, 6, 9, 11, 21, 30 сутки (по 5 животных из каждой группы) с одновременным выполнением морфологического исследования тканей передней брюшной стенки путем светооптической микроскопии. Из биоптатов выполняли срезы толщиной 8-9 мкм, которые фиксировались на обезжиренные предметные стекла с дальнейшей обработкой стандартными методами. Для выявления морфо-цитологической картины использовалась окраска гематоксилином и эозином. Полученные результаты и обсуждение. В биоптатах тканей животных всех серий, выведенных на 3-и сутки, значимых различий в клеточном составе выявлено не было. В биоптатах серии №3 уже на 6-е сутки наблюдается значительное уменьшение элементов лейкоцитарно-лимфоцитарного ряда по сравнению с таковыми показателями в серии №1 и №2. Помимо этого, в серии №3 наблюдается повышенная активность макрофагов на всех этапах вывода из эксперимента, осложнений в серии получено не было. В серии №2 на 11-21 сутки отмечено развитие грануляционной ткани в зоне раны у 6 особей (2%). В этой же серии у 4 особей (1,3%) наблюдались признаки гнойного воспаления раны, не разрешившиеся до момента вывода из эксперимента. В серии №1 на всех этапах вывода определялась клеточная инфильтрация, состав которой соответствовал стадийности раневого процесса, гнойных осложнений выявлено не было. Полученные результаты отражают стадийность и динамику развития клеточной инфильтрации раневого содержимого при различных техниках пластики. Выводы. Применение аллопластического метода, несмотря на эффективность, является фактором риска развития раневых осложнений. Использование в комплексном лечении вентральных грыж НИЛИ позволит снизить частоту раневых (в т.ч. гнойных) осложнений, что благоприятно скажется не только на состоянии конкретного пациента, но и финансовой составляющей данного вопроса (дополнительные расходы на препараты, повторные оперативные вмешательства и т.д.).

434. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АНГИОГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кривихин В.Т. (1,2), Бакунов М.Ю. (1,2), Плакса И.Л. (3), Деев Р.В. (3,4)

Москва, 2) Рязань

- 1) ГБУЗ МО Видновская районная клиническая больница, Центр «Диабетическая стопа»,
- 2) ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова М

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) является одним из грозных осложнений сахарного диабета. Распространённость данной патологии среди больных сахарным диабетом (СД) составляет от 2% до 10%, частота нетравматических ампутаций 3,83 на 1 тыс. в год, тогда как среди лиц без СД эта цифра в 10 раз меньше - 0,38 случаев на 1 тыс. человек в год. Успех лечения данной патологии в значительной степени зависит от качественного взаимодействия нескольких специалистов – врач-эндокринолог, хирург, ортопед, сосудистый хирург, что может быть реализовано в формате профильных медицинских подразделений. Концепция создания центров диабетической стопы является общепринятой в ряде стран Европы и США, что позволяет добиться высокой частоты заживления язвенных дефектов у данной категории пациентов. Также с целью улучшения результатов лечения больных синдромом диабетической стопы сегодня проводятся клинические исследования по оценке эффективности и безопасности применения генной терапии с целью индукции заживления резистентных к лечению кожных ран. Материалы и методы. На базе центра диабетической стопы ГБУЗ МО Видновской районной клинической больницы было проведено пилотное исследование безопасности и эффективности генотерапевтического препарата Неоваскулген. 20 пациентов с нейроишемической формой СДС, с язвенными дефектами (1-2 стадия по Вагнеру), локализующимися в области стопы были включены в пилотное исследование безопасности и эффективности применения рI-VEGF165. Препарат вводился согласно инструкции по применению – внутримышечно, 2 раза, по 1,2 мг с интервалом в 2 нед. Пациентам с СДС, которым было невозможно выполнение реваскуляризирующей операции вследствие дистального характера поражения магистральных артерий, а проведение стандартного лечения было не эффективно. Возраст пациентов составил в среднем $62,4 \pm 5,2$ лет, продолжительность сахарного диабета - $12,4 \pm 3,6$ года, время существования язвенного дефекта до начала лечения – 3.5 мес. Топографически преобладала плантарная локализация язвенного дефекта (у 14 из 20 пациентов), 64.6% пациентам ранее выполнялись экономные резекции, коррегирующие операции или реваскуляризирующие операции. Продолжительность исследования составила 6 мес. после выполнения стандартного курса терапевтического ангиогенеза рI-VEGF165, в ходе которых пациенты проходили плановые исследования через 1, 3 и 6 мес. после лечения. В качестве первичного критерия эффективности был использован показатель площади язвенного дефекта (см²), вторичных - транскутанное напряжение кислорода (ТКНК) и ЛПИ. Для оценки влияния ангиогенной терапии на течение дистальной диабетической периферической нейропатии проводилась динамическая оценка показателей шкал нейропатии NDS (Neuropathy Disability Score) и NSS (Neuropathy Symptoms Score) и результатов Мичиганского опросника нейропатии. На протяжении всего исследования проводилась регистрация развития нежелательных явлений.

Результаты. На протяжении пилотного исследования наблюдалась положительная динамика в течение раневого процесса: к концу 6 мес. средняя площадь язвенного дефекта сократилась с 6,2 см² до 1,2 см², при этом полной эпителизации удалось добиться у 12 пациентов, у 2 пациентов было отмечено развитие качественных грануляций без полного закрытия к концу наблюдения, у трёх пациентов отсутствовала динамика, 3 пациентам была выполнена ампутация нижней конечности вследствие прогрессирования ишемии и развития прогрессирующей раневой инфекции. Положительная динамика раневого процесса коррелировала с увеличением показателей перфузии по данным ТКНК: TcPo₂ возросло на 36.5% и составило 42,6 мм рт ст при изначальном среднем показателе 31,2 мм рт ст. Исходный показатель ЛПИ в течение 6 мес. возрос на 32% и достиг показателя 0.76. Несмотря на наличие положительной динамики в течение диабетической нейропатии, выражающейся в снижении NDS в течение 6 мес. с 12,2 до 8,6, в целом различия показателей шкал нейропатии NSS и NDS исходно и в конце пилотного исследования не достигли уровня статистической значимости. Нежелательных явлений, развития опухолей, нарушение зрения, которые могли бы косвенно свидетельствовать об осложнениях ангиогенной терапии, зафиксировано не было. Выводы. Применение генной терапии у пациентов с СДС безопасно и позволяет добиться заживления язвенных дефектов даже в случае их резистентности к стандартной терапии и невозможности выполнения операции. Данный метод лечения может быть успешно использован в формате комплексного подхода в условиях центра диабетической стопы.

435. ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Кривихин В.Т. (1,2,3,4), Кривихин Д.В. (2,4), Елисеева М.Е. (2,4),
Чернобай А.В. (4), Бакунов М.Ю. (1,4), Сырова М.С. (4)*

Москва

1)ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Рос

В центральной районной клинической больнице г. Видное Московской области с 1995 года осуществляется работа по лечению больных с поздними осложнениями сахарного диабета. В связи с увеличением количества больных с гнойно-некротическими процессами на фоне сахарного диабета приказом МЗМО и МОФОМС на базе 1 хирургического отделения Видновской районной клинической больницы выделены 20 коек областного уровня оказания медицинской помощи больным с синдромом диабетической стопы (СДС). Центр является уникальным в своем роде, где существуют своя школа хирургии и проходят обучение врачи московской области. Центр «Диабетическая стопа» г. Видное также проводит огромную научную работу по внедрению новых безопасных методов лечения, направленных на сохранения конечности пациента и занимает стратегически важные положения для такого макрорегиона как Московская область, в котором такой центр является единственным.

Безусловно, лечение данной патологии требует междисциплинарного подхода с включением эндокринолога, хирурга, ортопеда, ангиохирурга, а при наличии выраженной и порой некомпенсированной патологии участия кардиолога, невролога. Количество зарегистрированных больных сахарным диабетом в Московской области насчитывает в 2016 году 231 516 что составляет 2,9 % населения МО, прирост больных составил в 2016 году 10%. У 5,7% больных диагностируется синдром диабетической стопы. Ампутация конечности – травматичная операция как для самого больного, так и для его семьи, и имеет значительные экономические последствия для общества. Именно поэтому сокращение частоты ампутаций является одной из важнейших задач. Наиболее перспективным является раннее выявление лиц, входящих в группу риска развития синдрома диабетической стопы. За время существования центра разработан собственный алгоритм лечения пациентов с различными формами диабетической стопы. При центре ведется активная работа в кабинете диабетическая стопа, где проходят амбулаторное лечение пациенты с СДС. За 2016 отчетный год проведено лечение 390 пациентов и консультировано более 1000, 72% из них составляют жители Московской области. В отделении прооперировано 282 пациента, которым выполнено 420 операций в том числе и «малых» операций на стопе: высокие ампутации, ампутации на уровне голени, резекции передних отделов стопы с тендэктомией на голени, ампутации пальцев стоп, вскрытие флегмон стопы, аутодермопластика свободным кожным лоскутом, реваскуляризирующая трансмедулярная остеотрепанация. Использование клеточных технологий, препаратов коллагена и различных физико-химических методов, таких СО лазер и УЗ диссектор положительно влияет на течение раневого процесса у данной категории пациентов. С 2017 года пациентам с гемодинамическими значимыми нарушениями кровотока в нижних конечностях выполняется ангиография с дальнейшей реконструкцией магистрального русла. Удалось снизить процент общей и послеоперационной летальности 3 % и 1,7 % соответственно. В Московском областном центре «Диабетическая стопа», единственным в МО накоплен огромный опыт по введению и лечению пациентов с гнойно-некротическими процессами на стопе на фоне тяжелого течения сахарного диабета.

436.РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНТЕРСФИНКТЕРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

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

Липецк

ГУЗ "ЛООД"

Актуальность. В настоящее время при лечении малоинвазивного рака нижеампулярного отдела прямой кишки (Т1,Т2) получила распространение методика интерсфинктерной резекции прямой кишки с низведением в анальный канал сигмовидной кишки в различных модификациях. Данная операция предполагает сохранение наружного сфинктера с

обеспечением опухоленегативных краев резекции. Цель исследования. Оценка результатов лечения больных после выполнения интерсфинктерных резекций прямой кишки. Материал и методы. В ГУЗ "ЛООД" с 2014г интерсфинктерная резекция прямой кишки при опухолях не выше 2 см от зубчатой линии выполнена 10 больным, из них у 2 больных опухоль располагалась в 1,5см от зубчатой линии. Всем больным выполнена предоперационная ХЛТ СОД 48-50 Гр. Операций с формированием первичного коло-анального анастомоза с тазовым резервуаром и формированием превентивной стомы выполнено 5, из них 2 лапароскопически. Интерсфинктерная резекция с низведением в анальный канал сигмовидной кишки с избытком выполнена 5 больным, из них 2 операции выполнены лапароскопически. Женщин 2 ,мужчин 8. Возраст пациентов – 44–77 лет. У 5 больных по данным МРТ ОМТ имелись признаки инвазии опухоли в мезоректум, глубина инвазии не указывалась, у 5 больных по данным МРТ без явных признаков инвазии в мезоректум. У 1 пациента по данным МРТ ОМТ имелись признаки поражения л/узлов мезоректум. После проведения ХЛТ СОД 48-50Гр при контрольном МРТ ОМТ у 7 больных признаки значительной резорбции опухоли, без поражения л/узлов, у 2 больных признаки субтотальной резорбции опухоли, у 1 больного по данным МРТ ОМТ признаки незначительной резорбции опухоли. Результаты. Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. Инфекционные осложнения со стороны п/о раны не встречались. У 7 пациентов удалось обеспечить дистальный край резекции в 2 см от нижнего края опухоли. у 3 пациентов дистальный край резекции был в 1,5см от нижней границы опухоли. По данным патоморфологического заключения у 2 пациентов признаки лечебного патоморфоза опухоли IV степени, у 7 пациентов признаки лечебного патоморфоза II-и III степени, у 1 пациента патоморфоз не выражен. В среднем, после проведения ХЛТ нижняя граница опухоли увеличивалась до 0.6см. У 1 пациента с невыраженным лучевым патоморфозом через год после операции выявлен рецидив в области анастомоза. Пациенту выполнена БПЭ прямой кишки. у 1 пациента с патоморфозом II степени через 6 месяцев выявлены множественные билобарные МТС в печени. пациент умер через 1месяц после выявления прогрессирования. У одной больной с патоморфозом II степени, через год после оперативного лечения выявлены множественные МТС в печени. пациентка проходит ПХТ по настоящее время. Осложнений со стороны колоанального анастомоза не было. У 2 пациентов после операции развилась инконтиненция 3 степени , у 2 инконтиненция 1 степени, у остальных пациентов функция держания удовлетворительная. Выводы. 1. Выполнение интерсфинктерной резекции прямой кишки возможно у больных нижеампулярного отдела прямой кишки только после проведения предоперационной ХЛТ. 2. Предиктором удовлетворительных результатов лечения опухолей нижеампулярного отдела прямой кишки после проведения ХЛТ является патоморфоз опухоли II- IV степени. 3. Интерсфинктерная резекция прямой кишки позволяет достичь удовлетворительных онкологических и функциональных результатов лечения.

**437. ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКИ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ
СРЕДИННЫМИ ВПРАВИМЫМИ ГРЫЖАМИ**

*Полубкова Г.В. (1), Чередников Е.Ф. (1), Скоробогатов С.А. (2),
Горлунов А.В. (2), Калашников И.В. (2)*

Воронеж

- 1) Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
- 2) Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10

Актуальность: Хирургическое лечение послеоперационных срединных грыж относят к числу наиболее сложных проблем современной герниологии. Пациенты с послеоперационными срединными грыжами имеют высокий операционный риск и нуждаются в правильном выборе способа хирургического вмешательства с целью предотвращения компартмент-синдрома. Материал и методы: Исследование выполнено у 20 пациентов с послеоперационными срединными вправимыми грыжами живота. Согласно классификации Chevrel J.P., Rath A.M. (SWR-classification), 1999, пациенты распределены следующим образом: MW1R0 – 6 пациентов (30%) с малыми послеоперационными срединными грыжами живота; MW2R0 – 5 пациентов (25%) со средними послеоперационными срединными грыжами; MW3-4R0 – 9 пациентов (45%) с обширными и гигантскими послеоперационными срединными грыжами. Среди пациентов были 11 женщин (55%) и 9 мужчин (45%). Средний возраст пациентов составил $56,4 \pm 1,5$ лет. В основу определения повышения внутрибрюшного давления была положена регистрация насыщения крови кислородом. При этом использовали пульсоксиметры ОП-31.1 «Тритон Т-31», «Армед» и Bitmos Sat 816. Измерение сатурации крови проводили до и после хирургического вмешательства. До операции неинвазивную оценку уровня внутрибрюшного давления проводили дважды. В первый раз - в состоянии покоя пациента, во второй раз - при моделировании будущей послеоперационной ситуации путем погружения грыжевого содержимого в брюшную полость с помощью пелота, и одновременного сближения грыжевых ворот при помощи бандажа, утягивающего живот пациента. На основе полученных результатов сатурации крови каждому пациенту подбирали оптимальный способ хирургического лечения. После операции путем определения сатурации крови подтверждали правильность выбранного способа герниопластики. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием критерия Вилкоксона. Результаты и их обсуждение: В состоянии покоя сатурация крови у всех 20 пациентов составила $97 \pm 1,5\%$. У 6 пациентов (30%) с малыми грыжами живота (MW1R0) при моделировании послеоперационной ситуации сатурация крови практически не снижалась – $97,5 \pm 1\%$. Полученные данные показали отсутствие внутрибрюшной гипертензии и позволили применить пластику собственными тканями. У 5 пациентов (25%) с послеоперационными срединными грыжами живота средних размеров (MW2R0) при моделировании послеоперационной ситуации сатурация крови снижалась до $93 \pm 1\%$, что свидетельствовало о повышенном уровне внутрибрюшного давления. При этом усилия, которые потребовались для сближения грыжевых ворот были значительными. Поэтому этой категории пациентов была произведена пластика собственными тканями в виде дубликатуры с иммобилизацией операционной раны на хирургических мостиках, разработанная профессором Любых Е.Н. У 9

пациентов (45%) с обширными и гигантскими грыжами (MW3-4R0) при моделировании послеоперационной ситуации сатурация снижалась значительно - $91,5 \pm 1,5\%$, что свидетельствовало о наличии внутрибрюшной гипертензии. 5 пациентам из группы MW3-4R0, учитывая данные показатели сатурации крови, а также срок грыженосительства менее 5 лет, был выбран двухэтапный аппаратный способ лечения, разработанный профессором Любых Е.Н. 4 пациентам из группы MW3-4R0, учитывая показатели сатурации крови, а также срок грыженосительства более 5 лет, было произведено протезирование сетчатым протезом. В раннем послеоперационном периоде показатели неинвазивной оценки внутрибрюшного давления соответствовали данным полученным при моделировании послеоперационной ситуации. Выводы и рекомендации: Неинвазивная методика опосредованной оценки изменений внутрибрюшного давления путем определения сатурации крови кислородом дает возможность выбора физиологически обоснованного способа герниопластики у пациентов с послеоперационными срединными вправимыми грыжами живота.

438.ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПЕРЕВЯЗОЧНОГО СРЕДСТВА ПЛАСТЫРНОГО ТИПА НА ОСНОВЕ ХИТОЗАНА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ КОЖИ IIIA СТЕПЕНИ

Козяев В.А., Мышкин И.А., Чмырёв И. В., Шперлинг М. И

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно – медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется разработке и внедрению перевязочных средств на основе хитозана. Возможность применения данных средств при ожоговых поражениях послужило целью проведения экспериментальных исследований. Материалы и методы. Эксперимент проведён на 9 беспородных белых кроликах. Моделирование ожога кожи тепловым излучением IIIa-IIIб ст. осуществлялось с помощью аппарата (Н.И. Кочетыгов, Е.В. Гублер, З.И. Вайнштейн, 1960). Контроль прогревания тканей в подкожном слое осуществляется при помощи игольчатой термодпары К-типа «МЕГЕОН-26002» и мультиметра «UNI-T UT53». У 5 животных участки ожога кожи сразу после нанесения травмы обсеменялись взвесью *Staphylococcus aureus* с концентрацией микробных тел равной 1×10^5 КОЕ. Область ожога кожи на правой половине туловища закрывалась пластырной повязкой (опыт), слева – стерильной марлевой салфеткой (контроль). Микробная обсеменённость под повязками определялась на 2-е, 6-е, 9-е и 13-е сутки после травмы. Смена повязок проводилась 1 раз в 2-3 дня до отторжения струпа и полной реэпителизации ожоговой поверхности кожи. Результаты и обсуждение. Клиническое течение моделируемой травмы соответствовало термическим ожогам кожи IIIa ст. у человека. Скорость формирования сухого ожогового струпа под пластырной повязкой не достигла достоверных различий по сравнению с контролем ($P > 0,05$) и составила 8,89 сут. (95% ДИ = 3,4, медиана = 9, мода = 6, 10-й

перцентиль = 2, 90-й перцентиль = 16 сут., n=9). Под марлевой салфеткой этот срок так же составил 8,89 сут. (95% ДИ = 2,9, медиана = 9, мода = 9 и 13, 10-й перцентиль = 2, 90-й перцентиль = 13 сут., n = 9). Ожоговый струп отторгался по мере реэпителизации кожи под ним, которая происходила диффузно и с краёв. Скорость образования нового эпителия на участках ожога кожи под опытной повязкой не достигла достоверных различий по сравнению с контролем ($P>0,05$) и составила 23,2 сут. (95% ДИ = 5,6, медиана = 23, мода = 23 и 27, 10-й перцентиль = 16, 90-й перцентиль = 27 сут., n = 5). Под марлевой салфеткой этот показатель составил 25,8 сут. (95% ДИ = 4,8, медиана = 23, мода = 23, 10-й перцентиль = 23, 90-й перцентиль = 30 сут, n = 5). Хитозан не показал антибактериальной активности и не снизил микробную обсеменённость поверхности ожогового струпа. Влага с поверхности поражённой кожи улавливалась и абсорбировалась гранулами хитозана, что вероятно способствовало созданию влажной среды под пластырной повязкой и росту колоний микроорганизмов. Тем не менее, это не привело к задержке формирования сухого некроза и реэпителизации поверхностных слоёв кожи. Благодаря пластырной форме опытная повязка надёжно фиксировалась на участках тела со сложным рельефом, не требуя дополнительной фиксации. Функциональная подушечка имела низкую адгезию к поверхности обожжённой кожи, что обеспечило атравматичность и безболезненность смены повязок. Раздражающего действия на поражённую и здоровую кожу в зоне аппликации хитозана не отмечалось, гипертермической реакции в зоне контакта с ожоговой поверхностью не было. Выводы. Для обеспечения антимикробной активности пластырной повязки на основе хитозана требуется дополнительное введение в состав лекарственной пропитки его функциональной подушечки антисептических средств. Перевязочное средство на основе хитозана не усугубляет течение раневого процесса при термических ожогах кожи IIIa ст. и может считаться безопасным при применении для оказания первой помощи у людей в ходе дальнейших клинических испытаний.

**439.ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ
ПОЛИГЕКСАМЕТИЛЕНГУАНИДИНА ГИДРОХЛОРИДА ПРИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИИ
В СОСТАВЕ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ
ОСАДНЕННЫХ УЧАСТКОВ КОЖИ**

Козяев В.А., Мышкин И.А., Чмырёв И. В., Шперлинг М. И.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно – медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. В предшествующих исследованиях была показана низкая антибактериальная активность хитозана. Для её усиления в состав перевязочных средств дополнительно вводятся растворы антисептиков, которые могут оказать влияние на течение раневого процесса. Изучение антибактериальной активности полигексаметиленгуанидина гидрохлорида при его

использовании в составе опытного образца пластырной повязки послужило целью проведения экспериментальных исследований. Материалы и методы. Эксперимент проведён на 5-ти беспородных белых кроликах. Моделирование участка осаднения кожи осуществлялось путём иссечения расщеплённого кожного лоскута толщиной 0,3 мм. Осаднённые участки сразу после моделирования обсеменялись взвесью *S. aureus* с концентрацией микробных тел равной 1×10^5 КОЕ. Область травмы на правой половине туловища закрывалась пластырной повязкой (опыт), на левой – стерильной марлевой салфеткой (контроль). Микробная обсеменённость под повязками определялась на 1-е, 4-е и 9-е сутки. Смена повязок проводилась 1 раз в 2-3 дня до полной реэпителизации поверхности кожи. Учитывая результаты предыдущих экспериментов, для усиления антимикробных свойств хитозана в состав лекарственной пропитки функциональной подушечки пластыря дополнительно ввели раствор антисептика полигексаметиленгуанидина гидрохлорида (ПГМГГХ). Результаты и обсуждение. Капиллярное кровотечение из ран останавливалось сразу после наложения обоих видов повязок. Марлевая салфетка на 2-е сутки после применения плотно прилипла к осаднённому участку и попытки смены повязки вызвали выраженную болевую реакцию животного. Эпителизация происходила диффузно по всей поверхности осаднённого участка под сухим струпом. Абсорбция гранулами хитозана отделяемого с осаднённых участков способствовало созданию влажной среды под пластырной повязкой и препятствовало плотной адгезии функциональной подушечки к её поверхности. Смена пластырной повязки болевой реакцией со стороны животного не сопровождалась. На 3-е сутки под объектом испытаний поверхность раны покрылась густым отделяемым сливкообразного характера. Воспалительной реакции со стороны окружающих тканей не отмечалось. Во все временные точки в пробах раневого отделяемого с поверхности ран под объектом испытаний роста колоний *Staphylococcus aureus* не определялось, за исключением 3-х случаев искусственной контаминации проб в момент из забора. К 9-м суткам под марлевой салфеткой из-под сухого струпа во всех пробах отмечено увеличение микробного числа *Staphylococcus aureus* до 1×10^7 КОЕ. Скорость эпителизации осаднённой кожи под опытной повязкой достигла достоверных различий по сравнению с контролем ($P < 0,05$) и составила 17,8 сут. (95% ДИ = 2,7, медиана = 17,5, 10-й перцентиль = 16, 90-й перцентиль = 20 сут., $n = 4$). Под марлевой салфеткой этот срок составил 12,8 сут. (95% ДИ = 4, медиана = 14, мода = 14, 10-й перцентиль = 9, 90-й перцентиль = 14 сут., $n = 4$). Функциональная подушечка пластырной повязки имела низкую адгезию к поверхности осаднённой кожи, что обеспечило атравматичность и безболезненность перевязок. По результатам предыдущих экспериментов хитозан не препятствовал течению процессов эпителизации ран кожи, однако не обладал антисептической активностью. Введение антисептика ПГМГГХ в состав лекарственной пропитки функциональной подушечки пластыря привело к задержке эпителизации осаднённых участков кожи относительно контрольных значений. Выводы. Антисептик ПГМГГХ не подходит для включения в состав лекарственной пропитки функциональной подушечки пластырной повязки в связи с отрицательным влиянием на течение раневого процесса. Опытный образец перевязочного средства может применяться для закрытия участков осаднения кожи у людей в качестве первой помощи, в качестве лечебной повязки при длительном лечении непригоден и применяться не должен.

440. ОЦЕНКА РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИХ СВОЙСТВ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПЕРЕВЯЗОЧНОГО СРЕДСТВА ПЛАСТЫРНОГО ТИПА НА ОСНОВЕ ХИТОЗАНА

Козяев В.А., Мышкин И.А., Чмырёв И. В., Шперлинг М. И

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно – медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется разработке и внедрению новых перевязочных средств на основе хитозана. Изучение влияния на процесс заживления ран опытного образца пластырной повязки с функциональной подушечкой, имеющей в своём составе мелкодисперсный порошок хитозана, послужило целью проведения экспериментальных исследований. Материалы и методы. Эксперимент проведён на 10 беспородных белых кроликах. Моделирование раны кожи осуществлялось путём иссечения полнослойного кожного лоскута до поверхностной фасции. Область ранения на правой половине туловища закрывалась пластырной повязкой (опыт), на левой – стерильной марлевой салфеткой (контроль). Смена повязок осуществлялась 1 раз в 2-3 суток. Микробиологическое исследование раневого отделяемого проводилось на 3-и и 8-е сутки. Планиграфия раневой поверхности проводилась на 14-15-е сутки от момента травмы. Сравнение эффективности двух типов повязок осуществлялось по скорости заживления ран под ними, вычисляемой как процент сокращения размеров раны в сутки относительно начальных значений (Патент РФ № 93040050/14, 06.08.1993. Осинцев Е. Ю., Слободской А. Б.. Способ определения скорости заживления раневой поверхности // Патент России № 2102755. 1998). Результаты и обсуждение. Выраженного кровотечения из ран не отмечалось. Марлевая салфетка уже на 2-е сутки после применения плотно прилипла к ране и попытки смены повязки вызывали выраженную болевую реакцию животного. Отделяемого с поверхности контрольных ран в последующие периоды не отмечалось. Абсорбция гранулами хитозана раневого отделяемого способствовало созданию влажной среды под пластырной повязкой и препятствовало адгезии функциональной подушечки к её поверхности. Смена пластырной повязки болевой реакцией со стороны животного не сопровождалась. На 3-е сутки под объектом испытаний поверхность раны покрылась густым отделяемым сливкообразного характера. Воспалительной реакции со стороны окружающих тканей не отмечалось. На 8-е сутки в 3-х (из 10) пробах раневого отделяемого с поверхности ран опытной группы отмечен рост колоний *Staphylococcus aureus* в концентрации от 1×10^4 до 1×10^6 КОЕ. Другие и последующие пробы роста колоний микроорганизмов не выявили – были стерильны. Скорость заживления раневой поверхности под опытным образцом не достигла достоверных различий по сравнению с контролем ($P > 0,05$) и составила 1,44 %/сут. (95% ДИ = 0,05, медиана = 1,43, мода = 1,50, 10-й перцентиль = 1,36, 90-й перцентиль = 1,50 %/сут., $n = 10$). Под марлевой салфеткой этот срок составил 1,43 %/сут. (95% ДИ = 0,04, медиана = 1,43, мода = 1,44 и 1,43, 10-й перцентиль = 1,36, 90-й перцентиль = 1,50 %/сут., $n = 10$). Благодаря пластырной форме объект испытания надёжно фиксировался на участках тела со сложным рельефом, не требуя дополнительной фиксации. Его функциональная подушечка имела низкую адгезию к раневой поверхности, что обеспечило атравматичность и безболезненность смены повязок. Раздражающего действия на рану и окружающий кожный покров со стороны опытной повязки не отмечалось, гипертермической реакции в зоне её контакта с раневой поверхностью не

было. Выводы. Опытный образец перевязочного средства по показателям удобства применения превзошёл контрольный, потребовавший дополнительной фиксации к поверхности кожи. Для обеспечения антимикробной активности требуется дополнительное введение в состав лекарственной пропитки функциональной подушечки опытной повязки антисептических средств. Пластырная повязка с функциональной подушечкой, имеющей в своём составе мелкодисперсный порошок хитозана, не усугубляет течение раневого процесса при ранениях кожи и может считаться безопасным при применении в качестве первой помощи у людей в ходе дальнейших клинических испытаний.

441. ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С СИНДРОМОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Белик Б.М. (1), Чиркинян Г.М. (1), Дударев И.В. (1, 2), Тенчурин Р.Ш. (1, 2),
Мареев Д.В. (2), Пясецкий К.Г. (2), Дадаян А.Р. (2), Осканян М.А. (1)*

Ростов-на-Дону

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

Актуальность. Одним из пусковых патогенетических механизмов развития ранней прогрессирующей органной недостаточности у больных ОДП является синдром внутрибрюшной гипертензии (ВБГ), который сопровождается угнетением гемодинамики, функции дыхания, мочеотделения, а также приводит к абдоминальной гипоперфузии. Однако до настоящего времени отсутствует общепринятый лечебно-диагностический алгоритм, определяющий выбор способов и сроков проведения оперативных вмешательств, направленных на устранение синдрома ВБГ в ранней фазе тяжелого ОДП. Цель работы: улучшение результатов лечения больных тяжелым ОДП путем разработки и внедрения в клиническую практику дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики с учетом выраженности синдрома ВБГ. Материал и методы. Клинические наблюдения включают 92 больных тяжелым ОДП, поступивших в клинику в течение 1-4-х суток от начала заболевания. Из их числа 78 (84,8%) больных были оперированы и 14 (15,2%) лечились консервативно. Показаниями к хирургическому лечению служили наличие острых жидкостных скоплений в брюшной полости и ферментативный перитонит с ранней органной недостаточностью. У 67 пациентов была произведена санационная лапароскопия, у 7 - транскутанные пункционно-дренирующие вмешательства (ТПДВ) под лучевым контролем и у 4 больных - лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. При выполнении санационной лапароскопии у больных удаляли жидкостные скопления из брюшной полости и сальниковой сумки, а также осуществляли декомпрессию забрюшинной клетчатки (ЗБК) путем рассечения брюшины в зоне мезоколон и по ходу латеральных каналов. У всех пациентов ОДП, которым производилась лапаротомия, в ходе оперативного вмешательства выполнялись

назоинтестинальная интубация (НИИ) тонкой кишки и формирование декомпрессионной панкреатооментобурсостомы. Распространенность поражения ЗБК оценивали по данным УЗИ, СКТ, а также информации, полученной во время оперативного вмешательства. Всем больным проводилось многокомпонентное комплексное лечение в условиях отделения интенсивной терапии. В зависимости от тяжести ОДП все больные были разделены на 4 группы: у 38 (41,3%) пациентов признаки органной дисфункции не были выражены и имели транзиторный характер (1-я группа), у 18 (19,6%) – отмечена стойкая функциональная недостаточность одного органа (2-я группа), у 17 (18,5%) – двух органов (3-я группа) и у 19 (20,6%) – трех и более органов (4-я группа). Внутривентрикулярное давление (ВВД) измеряли непрямой метод по способу I.Kr?n и соавт. (1984). Степень ВБГ определяли в соответствии с градацией M.L.Malbrain и соавт. (2005). Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале APACHE II. Оценку органной дисфункции осуществляли по критериям A.Baue и соавт. (2000). Результаты и обсуждение. У больных 1-й группы в 1-е сутки показатели ВВД колебались в пределах $12,5 \pm 0,6$ - $15,3 \pm 0,9$ мм рт.ст. (1-я степень ВБГ). У больных 4-й группы в эти сроки уровень ВВД был достоверно выше и достигал $18,7 \pm 1,2$ мм рт.ст. (2-я степень ВБГ). После выполнения лапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости или ТПДВ у пациентов 1-й группы ВВД нормализовалось к 3-м суткам, у больных 2-й группы – к 7-м суткам. У больных 3-й группы, начиная со 2-х суток, отмечалось отчетливое повышение ВВД, которое к 5-м суткам достигало $17,6 \pm 1,5$ мм рт. ст. (2-я степень ВБГ) и существенно не снижалось к 7-м суткам. У больных 4-й группы в течение 2-4-х суток сохранялась 2-я степень ВБГ, а к 7-м суткам наблюдалось нарастание ВВД до $23,8 \pm 1,9$ мм рт. ст. (3-я степень ВБГ). При этом у отдельных пациентов уровень ВВД превышал 25 мм рт. ст. (4-я степень ВБГ). Из 36 больных 3-й группы у 32 (88,9%) в ранние сроки выполняли ВЛС брюшной полости. У 4 (11,1%) пациентов в связи с прогрессированием ВБГ осуществляли декомпрессионную лапаротомию и НИИ кишечника. Из 32 больных, которым изначально производилась ВЛС брюшной полости, у 9 (28,1%) пациентов в сроки от 5 до 7 суток в связи с сохранением ВБГ дополнительно потребовалось выполнение декомпрессионных вмешательств на передней брюшной стенке посредством мини-лапаротомии и наложения панкреатооментобурсостомы с помощью набора инструментов «Мини-ассистент». У больных 1-2-й групп, начиная со 2-х суток, наблюдалось отчетливое уменьшение показателей шкалы APACHE II. У пациентов 3-й и 4-й групп, напротив, имело место увеличение значений шкалы APACHE II, которые к 7-м суткам достигали соответственно $23,5 \pm 1,4$ и $27,2 \pm 1,3$ баллов. Из 67 пациентов, которым выполнялась ВЛС брюшной полости в течение первых 3-х суток от начала заболевания, у 53 (79,1%) был достигнут положительный клинический эффект, проявлявшийся уменьшением уровня ВВД и показателей шкалы APACHE II, а также регрессом признаков эндотоксикоза и органной дисфункции. Из 78 оперированных больных летальный исход наступил у 17 (21,8%). Общая госпитальная летальность составила 19,6 % (умерли 18 больных). При этом в 1-й группе из 38 больных умер 1 (2,6%) , во 2-й группе из 18 больных умерли 2 (11,1%), в 3-й группе из 17 больных умерли 5 (29,4%) и в 4-й группе из 19 пациентов умерли 10 (52,6%). В результате внедрения в клиническую практику дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики с учетом выраженности синдрома ВБГ у больных с тяжелыми формами ОДП удалось снизить послеоперационную летальность с 32,6% до 21,8% , то есть на 10,8% и общую госпитальную летальность – с 29,9% до 19,6%, то есть на 10,3% по сравнению с предыдущим десятилетним периодом. Выводы. Мониторинг ВВД наряду с показателями шкалы APACHE II объективно отражает тяжесть течения ОДП и позволяет своевременно стратифицировать наиболее тяжелую категорию больных со стойкой

ВБГ и ранним прогрессированием органных дисфункций. Эта категория пациентов в первую очередь нуждается в выполнении ВЛС брюшной полости и ранних декомпрессионных вмешательств на ЗБК и брюшной стенке. При этом выбор способа и объема декомпрессионного хирургического вмешательства должен определяться дифференцированно с учетом динамики ВБГ, тяжести органных дисфункций и распространенности поражения ЗБК.

442. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ

Копасов А.Е.(1,2), Блохин С.Н.(1), Морозов С.Г.(2)

Москва

1. Клиника пластической хирургии и косметологии профессора Блохина С.Н. и доктора Вульфа И.А., Москва;
2. ФГБНУ «НИИОПП», Москва,

ВВЕДЕНИЕ Абдоминопластика проводится в медицине по клиническим показаниям для восстановления дефекта кожного покрова абдоминальной области и улучшения качества жизни пациента после травматических повреждений и полифункциональных ран, а также после радиационного повреждения тканей организма вследствие контакта с радиоактивными веществами. Хорошие эстетические результаты абдоминопластики подразумевают получение «невидимого» шва, восстановление анатомически правильных контуров живота и гладких кожных покровов и отсутствие осложнений (серомы, гематомы, некроза шва и т.д.). Изучение процессов, происходящих в клетках кожи и подкожной клетчатки при заживлении ран, то есть, активация рецепторов клеток и их сигнальных путей, роль цитокинов и хемокинов в межклеточном взаимодействии и регуляции воспаления в ране, активность локальной иммунной системы и противомикробной защиты, позволяет разработать новые высокоэффективные подходы к профилактике осложнений после абдоминопластики и к созданию новых препаратов для ускорения заживления ран. **ЦЕЛЬЮ** работы было изучение патогенетических механизмов межклеточного взаимодействия в операционной ране. В частности, исследована экспрессия хемокинов и их рецепторов на клетках кожи и подкожной клетчатки в образцах операционного материала, полученных при проведении абдоминопластики. **ПАЦИЕНТЫ.** Абдоминопластика выполнена в Клинике пластической хирургии у мужчин (n = 56) и женщин (n = 84) в возрасте 26 – 65 лет Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Протокол исследования и текст информированного согласия были одобрены Ученым Советом и Этической Комиссией НИИОПП и Дирекцией Клиники пластической хирургии. Критерии исключения пациентов из исследования: наличие острых вирусных или бактериальных инфекций, венерических заболеваний, сахарного диабета, системных аллергических, воспалительных или

онкологических заболеваний, беременность. Пациенткам проводили лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для проведения операции. ЛАБОРАТОРНЫЕ исследования проведены на базе НИИОПП и включали выделение клеток из образцов операционного материала и их окраску антителами, измерение флуоресценции на проточном цитометре FACSCalibur (Becton Dickinson, USA), статистическую обработку данных по программе ANOVA. РЕЗУЛЬТАТЫ. Хемокины – это низкомолекулярные регуляторы хемотаксиса клеток, дифференцировки и активации сигнальных путей в клетках. В данной работе исследованы хемокины семейства CCL – это CCL3, CCL4, CCL11, CCL20, которые обладают провоспалительной активностью. Мы проанализировали их экспрессию на нейтрофилах, моноцитах, макрофагах, эндотелиальных клетках, дендритных клетках моноцитарного происхождения, а также на различных субпопуляциях лимфоцитов. Было показано достоверное повышение экспрессии этих хемокинов на клетках операционного материала больных, у которых после проведения абдоминопластики развились осложнения, связанные с воспалительной реакцией операционной раны на фоне инфекционных осложнений (в 5,6% случаев), развитием серомы (1%), удлинением периода заживления операционной раны (8,3%). Был проведен корреляционный анализ и установлена положительная корреляция между уровнем хемокина CCL4 и процентом указанных выше осложнений. Положительная корреляция также установлена между уровнем экспрессии хемокина CCL20 и развитием послеоперационного воспаления. Экспрессия этих хемокинов повышалась у пациентов, имеющих избыточный вес, при этом не выявлено существенных различий между показателями экспрессии хемокинов у мужчин и женщин. Возраст пациентов положительно коррелировал с экспрессией хемокинов на нейтрофилах и моноцитах / макрофагах. ВЫВОДЫ. Анализ экспрессии хемокинов семейства CCL на образцах операционного материала позволяет прогнозировать развитие послеоперационных осложнений, связанных с воспалением операционной раны и проводить дополнительные лечебные мероприятия, направленные на устранение этих осложнений.

443.ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Шмарин А. А. (1), Андреев А. А. (1).

Воронеж

1)Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко.

Актуальность. Сахарный диабет – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний в странах развитого мира, являющееся значимой социально-экономической проблемой, так как приводит к инвалидизации и увеличению смертности преимущественно трудоспособного населения. Каждый сотый пациент подвергается высокой ампутации нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы, осложняющий в более чем 55%

случаев течение СД 2 типа у больных в возрасте от 35 до 75 лет или у 70% больных с СД трудоспособного возраста. Учитывая опыт многих клинических наблюдений, можно сделать вывод, что одной из основных причин госпитализаций, оперативных вмешательств, а так же смертности больных с СД является СДС. Цель исследования. Проанализировать опыт комплексного лечения больных с синдромом диабетической стопы в БУЗ ВО «Поворинская районная больница». Материалы и методы. В хирургическом отделении стационара БУЗ ВО «Поворинская районная больница» в период с сентября 2015 по декабрь 2016 года пролечено 32 больных сахарным диабетом с множественными ангио- и нейропатическими осложнениями, в частности, с гнойно-некротическими воспалительными дефектами на фоне СДС. Возрастной состав больных колебался от 28 до 78 лет, средний возраст составил $63,7 \pm 9,3$ года. Лица мужского пола - 19 человек, женского – 13, работающие - 13, имеющие группу инвалидности по сахарному диабету – 24. Впервые выявленные случаи сахарного диабета – 5. У всех пациентов наблюдалась стадия декомпенсации сахарного диабета, трофические нарушения соответствовали 1-4 стадиям по классификации Wagner. Диабетическая нефропатия выявлена у 7, микроангиоретинопатия – у 11, потеря зрения свыше 90% - 5 больных, сочетание нефропатии и микроангиоретинопатии – у 6 больных. Из сопутствующей патологии у 94% больных диагностирована гипертоническая болезнь, у 87% - ИБС, у 81% - бросили или продолжали курить, 6 пациентов – ранее злоупотребляли алкоголем. Всем пациентам проводился общеклиническое и биохимическое исследование крови, расширенный диабетический профиль, рентгенологическое исследование, ультразвуковая диагностика сосудистого русла нижних конечностей, оценка чувствительности к антибиотикам. Пациенты осматривались эндокринологом, кардиологом. Все пациенты получали стандартное комплексное лечение. Основным этапом служила коррекция уровня глюкозы крови и достижение стабильного эффекта антигипергликемической терапии, проводилась внутривенная инфузионная терапия препаратами тиоктовой кислоты в равных дозировках, растворами декстранов (реополиглюкин) и кристаллоидов с последующим форсированным диурезом в целях детоксикации. Применялись антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности к определяемой микрофлоре. При поступлении выполнялась хирургическая обработка ран, при необходимости некрэктомиа по показаниям. В последующем выполнялись ежедневные перевязки с санацией раны. В качестве перевязочного материала стандартные марлевые повязки с мазью «Левомеколь». Результаты. Положительный результат лечения с полным заживлением и эпителизацией раны в период госпитализации отмечался в 4-х случаях, 5 пациентов были выписаны на амбулаторное лечение, 2-е из них в последующем госпитализированы повторно с ухудшением состояния в течение месяца. Этим больным произведены малые ампутации в пределах стопы. Отсутствие положительной динамики в процессе заживления ран на фоне проводимого лечения в 23-х случаях потребовало радикального оперативного вмешательства: ампутация в пределах стопы с сохранением опорной функции конечности выполнялась в 11 случаях, из которых двое больных имели отрицательную динамику с последующей реампутацией. Ампутация на уровне бедра в 12 случаях. Летальных исходов не отмечалось. Выводы. Традиционные подходы к ведению больных с синдромом диабетической стопы показали недостаточную эффективность, что подтверждается необходимостью выполнения ампутаций, инвалидизацией больных и создает необходимость проведения дальнейших поисков по повышению качества лечения данной патологии.

444.КРИВАЯ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ СЛЕВА: ЯТРОГЕННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

*Круглов Е.А., Бабич А.И., Побединцева Ю.А., Кудлачев В.А.,
Филимонов Е.В., Гончаров А.Н., Унгурян В.М.*

Кострома

ОГБУЗ Костромской онкологический диспансер

Во всем мире заболеваемость почечно-клеточным раком и смертность от него возрастает с каждым годом в среднем на 2% во всех возрастных группах. Учитывая, что локализованные формы составляют до трех четвертей всех случаев почечно-клеточного рака, основным методом лечения является - радикальная операция. В настоящее время лапароскопическая радикальная нефрэктомия является стандартом хирургического лечения опухолей почки, так как характеризуется всеми преимуществами лапароскопического доступа и более выгодна с экономической точки зрения. Но такие показатели возможны только после достижения плато «кривой обучения», которая по некоторым данным составляет не менее 20-35 процедур. До достижения данного показателя наблюдается большее по сравнению с открытой радикальной нефрэктомией количество осложнений: 6-12% и 5,4% соответственно. Вариантная анатомия данной области, деформация сосудов опухолью и потеря правильного эмбрионального слоя вследствие паратуморозного воспаления создают предпосылки к интраоперационным повреждениям ветвей аорты и притоков нижней полой вены. Частота таких повреждений составляет 0,01-0,04% и не имеет тенденции к снижению. В период с 2016-2017 г бригадой авторов было выполнено 68 лапароскопических радикальных нефрэктомий при почечно-клеточном раке. Среднее время выполнения лапароскопической радикальной нефрэктомии составило 112 минут (90-286 минут). Средняя кровопотеря - 110 мл (25-200 мл). С целью сокращения кривой обучения при овладении методикой, операционная бригада включала опытного уролога-онколога и абдоминального хирурга-онколога, владеющего методикой лапароскопии на высоком уровне. Данный подход при составлении хирургической бригады позволяет добиться лучших периоперационных результатов, что соответствует литературным данным. Количество осложнений составило 7 случаев (10,3%), из них 2 случая десерозирования стенки ободочной кишки, 3 наблюдения – интраоперационные повреждения капсулы селезенки, 1 – интраоперационное повреждение правой надпочечниковой вены и 1 – верхней брыжеечной вены. Конверсии доступа потребовали 3 случая (4,4% от общего количества лапароскопических радикальных нефрэктомий) – интраоперационное повреждение капсулы селезенки, десерозирование нисходящей ободочной кишки и интраоперационное повреждение верхней брыжеечной артерии. Последний случай, из потребовавших конверсии, был наиболее опасным и требовал специально подготовленной хирургической бригады. У пациентки при КТ с внутривенным болюсным контрастированием было установлено, что имеется опухоль средней трети левой почки, размерами 119x84мм, растущая в чашечно-лоханочную систему, прилежащая к нижнему полюсу селезенки и смещающая вентрально брыжейку тонкой кишки и левую половину ободочной кишки. Клинический диагноз – злокачественное образование левой почки сT2bN0M0. Рекомендовано оперативное лечение – лапароскопическая радикальная нефрэктомия слева. При лапароскопии в области левой почки образование размерами 12x9x7

см, вместе с почкой и паранефральной клетчаткой размерами 20x16x14 см. Нисходящая ободочная кишка вместе с селезенкой и поджелудочной железой медиализированы, выделена левая почечная вена. Далее выявлено, что по передней поверхности опухоли идет артериальный сосуд, который был принят за деформированную левую почечную артерию и после диссекции до аорты клипирован у устья и пересечен. При дальнейшей диссекции выявлено, что к левой почке идет так же другой артериальный сосуд, имеющий характерное расположение для левой почечной артерии. Было предположено, что первой была клипирована и пересечена верхняя брыжеечная артерия. Помимо этого, селезенка была вовлечена в перитуморозный инфильтрат. Принято решение о выполнении конверсии доступа и вовлечении в операционную бригаду сосудистого хирурга. Выполнена лапаротомия, установлено, что была перевязана верхняя брыжеечная артерия. По дистальному фрагменту верхней брыжеечной артерии отмечается слабый ретроградный артериальный кровоток. Левая почечная артерия и вена перевязаны и пересечены у их основания, левая почка удалена единым блоком с окружающей паранефральной клетчаткой и парааортальными лимфоузлами. Выполнена спленэктомия. Верхняя брыжеечная артерия реимплантирована в аорту ниже места впадения правой почечной артерии. После наблюдения (30 минут) петли тонкой кишки в спавшемся состоянии, розовые, сероза блестящая, перистальтируют. Длительность операции: 3 ч 45 мин. Кровопотеря: 1000мл После операции пациентка переведена под наблюдение в отделение анестезиологии и реанимации. На следующие сутки после операции выполнена КТ живота с в/в контрастированием – верхняя брыжеечная артерия контрастируется, нарушений в области сосудистого анастомоза нет. На 2-е сутки после операции появились лабораторные признаки послеоперационного панкреатита, которые нормализовались через 3 дня. В последующем у пациентки имела место смешанная гипербилирубинемия, которая на 5-е сутки после операции достигла своего пика (89,9 мкмоль/л). На 16 сутки выполнения КТ живота с в/в контрастированием, по данным которого верхняя брыжеечная артерия контрастируется, нарушений в области сосудистого анастомоза нет, пациентка переведена в палату. В течение всего госпитального периода температура не поднималась выше 37,80С. Пациентка выписана на 22 сутки после операции. При контрольном осмотре через 1 месяц после выписки – состояние удовлетворительное. В настоящий момент пациентка находится под динамическим наблюдением. Наш личный опыт подтверждает, что лапароскопическая радикальная нефрэктомия применима при T1-T2 опухолях и осуществима в случаях обширной перитуморозной инфильтрации. Метод достаточно быстро осваивается, особенно если выполняется совместно хирургом, имеющем большой опыт в лапароскопии, и «традиционным» урологом-онкологом. В то же время период освоения сопряжен с более высоким риском развития интраоперационных повреждений магистральных сосудов, таких как – верхняя брыжеечная артерия, аберрантные сосуды почки и другие ветви аорты, а также притоки нижней полой вены. Случаи аортальной реимплантации верхней брыжеечной артерии, за исключением случаев мезентериальной ишемии, крайне редки. Описание данного клинического случая вносит свой вклад в описание редких случаев аортальной реимплантации верхней брыжеечной артерии и показывает осуществимость и безопасность метода в описанных условиях.

**445.СТЕНТИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА
С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ**

Садовникова Е.Ю., Климов А.Е., Персов М.Ю., Назаров Д.Т., Мамедов С.Х.

Москва

РУДН, кафедра факультетской хирургии

Актуальность темы – Эндоскопические ретроградные вмешательства на протоковой системе поджелудочной железы (ПЖ) по мнению исследователей рассматривается как альтернативным методом лечения пациентов с доброкачественной патологией органов гепатобиллиарной зоны, протекающей с нарушением проходимости главного панкреатического протока (ГПП). При этом, среди транспапиллярных вмешательств основное место занимает стентирование ГПП. (З.Р.Бакаев,Д.В.Бахтиозина,С.А.Будзинский,С.Г. Шаповальянц, Е.Д. Федоров 2014, А.Г. Бебуришвили,Ю.И. Веденин,В.В.Мандриков 2015) Цель исследования – оценить эффективность стентирования главного панкреатического протока пластиковыми стентами при проведении транспапиллярных вмешательствах как метод профилактики и лечения острого панкреатита у пациентов с патологией органов гепатобилиарной области. Материал и методы – работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Российского университета дружбы народов на базе ГБУЗ ГКБ №64 г. Москвы в период с 2013 по 2016 годы. Нами ретроспективно проведен анализ результатов лечения 108 пациентов с доброкачественной патологией органов гепатобилиарной области. Все пациенты были разделены на две группы: группу анализа: 64(59,3%) и группу сравнения 44(40,7%). Средний возраст больных составил: в основной группе ± 56 лет в группе сравнения $\pm 71,6$ лет. Распределение по полу в основной группе: женщин – 49(75%) и мужчин -16(25%);группе сравнения: женщины – 33(75%) и мужчин -11(25%).Из 108 пациентов включенных в анализ 95(88%) человек госпитализировано в экстренном порядке,остальные 13(12%) человек госпитализированы в плановом порядке.Из них 77 человек с проявлениями холедохолециза (81,05%) и 18 пациентов с различной доброкачественной патологией органов гепатобилиарной области(синдром Мирризи,стриктура панкреатического протока,хронический панкреатит,киста поджелудочной железы,а так же острый панкреатит и аденома большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки). Длительность догоспитального периода заболевания была различна и составляла от 1 часа до 6 суток. Стентирование главного панкреатического протока выполнено у 64 пациентов основной группы, в том числе с целью профилактики развития острого панкреатита у 47 больных и как лечебного мероприятия 17 пациентов. Устанавливались стенты четырех модификаций: GPSO, MTW, TTSO, OPBD различающиеся конструкции и наружным диаметром. Результаты – у 63 пациентов основной группы явления острого панкреатита носили не выраженный характер и отличались ускоренным (в течении первых 3 суток) регрессом клинических проявления и амилаземии. Заключение – из проведенного анализа следует, что стентирование главного панкреатического протока пластиковыми стентами является эффективной мерой профилактики и лечения острого панкреатита при выполнении транспапиллярных эндоскопических вмешательств у пациентов с патологией органов гепатобилиарной области.

446. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЕПАРАЦИОННЫХ ПЛАСТИК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНЦИЗИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

Чебуркова Е.А. (1), Трухалев В.А. (1), Кукош М.В. (1)

Нижний Новгород

1) ФБОУ ВО "НижГМА" МЗ РФ кафедра факультетской хирургии

Актуальность. Операции по поводу грыж передней брюшной стенки занимают весьма значительную часть спектра оперативной деятельности хирургических стационаров. В настоящее время внедрены в практику различные способы натяжной и ненатяжной аллопластики брюшной стенки, что значительно улучшило результаты лечения вентральных послеоперационных грыж, снизило частоту рецидивов и повысило качество жизни больных. Но вопрос выбора оптимального метода пластики послеоперационных вентральных грыж остается открытым. Проблема хирургического лечения вызвана наличием большого дефекта передней брюшной стенки с формированием так называемых «гигантских» грыж. При применении натяжной пластики передней брюшной стенки встает проблема повышения внутрибрюшного давления с развитием абдоминального компартмент-синдрома, который нередко влечет за собой летальные осложнения. В таких случаях показано оперативное лечение с применением техники сепарации компонентов передней брюшной стенки. Цель исследования – улучшение результатов лечения пациентов с послеоперационными (инцизионными) вентральными грыжами больших размеров способами ненатяжной пластики. Задачи: 1. Провести сравнительный анализ способов атензионной пластики послеоперационных вентральных грыж больших размеров; 2. Обосновать предпочтительный метод пластики. Материал и методы. Работа основана на изучении результатов лечения 34 больных с инцизионной вентральной грыжей, поступившего в ГКБ № 7 им. Е.Л. Бергезова г. Нижнего Новгорода в период с 2013 г. по 2017 г. Возраст больных варьировал от 31 до 82 лет (средний возраст $59,5 \pm 17,2$ года). Соотношение мужчин и женщин 3:1 (26 мужчин, 8 женщин). У всех больных ранее выполнялась срединная лапаротомия, а грыжевой дефект инцизионной грыжи составлял ? 10 см. Из них 7 больных были оперированы в экстренном порядке после предоперационной подготовки по поводу ущемления грыжевого содержимого, остальные 27 больных оперированы в плановом порядке. Пластика по Ramirez выполнялась 7 пациентам, по Novitsky и Rosen – 24 больным, 3 больным выполнялась герниопластика с эндоскопической передней сепарацией передней брюшной стенки. Оценка грыжевого дефекта производилась по классификации EHS. Критериями включения пациентов в исследование являлось наличие срединной послеоперационной вентральной грыжи, размер грыжевого дефекта не менее 10 см, что соответствует W3. Произведен сравнительный анализ по критериям длительности пребывания в хирургическом отделении, длительности пребывания в отделении интенсивной терапии, количеству и характеру послеоперационных осложнений. Результаты. Были достигнуты оптимальные результаты по восстановлению целостности передней брюшной стенки с восстановлением белой линии живота без натяжения структур. При этом было отмечено, что передняя и задняя сепарация открытым способом позволила добиться удлинения листков на 22 см, эндоскопическая сепарация позволила достигнуть удлинения на 12 см. Различие применения сепарационной пластики было патогенетически обосновано. При нарушении целостности апоневротического футляра

прямых мышц живота вследствие предыдущих оперативных вмешательств, таких как, например, выведение колостомы с образованием парастомальных грыж, определяло показание к выбору открытой передней сепарации компонентов. При целостности апоневроза прямой мышцы живота и отсутствии нарушения ее целостности и дистрофии мышц применялась открытая передняя сепарация. Обоснованность применения эндоскопической сепарации определялась размерами грыжевого дефекта не более 12 см. Анализ установил, что осложнения в раннем послеоперационном периоде в виде образования гематом, гнойных осложнений не имеет статистически значимых различий. Количество койко-дней пребывания больных в отделениях хирургии и интенсивной терапии, длительность операции, наличие летальных исходов также не имеет различий при сравнении способов пластики с применением сепарации. После эндоскопической сепарации осложнений не наблюдалось. Вывод. Применение пластики вентральных грыж с применением сепарации компонентов брюшной стенки, несмотря на техническую сложность и травматичность операции, является перспективным методом оперативного лечения в виду возможности ликвидации грыжевых ворот с восстановлением целостности белой линии живота. Предпочтительным является метод эндоскопической сепарации, но только у группы больных с грыжевым дефектом не более 12 см. При формировании «гигантских» грыж открытая задняя сепарация применима при сохранении целостности апоневротического футляра прямой мышцы живота, сохранения ее непрерывности и отсутствия дистрофических изменений.

447.ЛЕЧЕНИЕ ХИЛИОПЕРЕТОНЕУМ СОЗДАНИЕМ ЛИМФАТИКО-ВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА

Фомичев Д.О., Батрашов В.А., Сергеев О.Г., Юдаев С.С.

Москва

НМХЦ им Н.И. Пирогова

Цель: представить оригинальную методику хирургического лечения пациента с резистентным хилезным асцитом Пациент А., 29 лет, поступил 24.05.2010г. в отделение сосудистой хирургии НЦГССХ им. Св. Георгия с жалобой на увеличение живота, боли в мезогастральной области, одышка при физической нагрузке, затруднение дыхания в положении сидя, снижение массы тела на 25 кг. Ранее по месту была попытка формирования лимфатико-венозного анастомоза с венами на плече слева. Попытка была неудачной. Неоднократно проводился лапароцентез, однако хилезная жидкость достигала объема 12 литров за 14 дней. Поступил в отделение сосудистой хирургии НЦГССХ им Н.И. Пирогова для обследования и определения тактики лечения. По данным цветного дуплексного сканирования подтвердился диагноз окклюзия левой внутренней яремной и подключичной вен, окклюзия грудного лимфатического протока. При ультразвуковом исследовании брюшной полости было определено большое количество свободной жидкости - более 10 л.. Проведена лимфография: источники

лимфоистечения в брюшной полости и в малом тазу не определяются. Выставлен диагноз: Тромбоз левой наружной, внутренней яремных и подключичной вен, окклюзия грудного лимфатического протока, асцит. Выполнено реконструктивное оперативное вмешательство бригадой из четырех сосудистых хирургов. При ревизии брюшной полости было эвакуировано более 10 литров хилезной жидкости молочного цвета и выявлены дефекты в париетальной брюшине, из которых истекала лимфатическая жидкость. Выделена cysterna chyli диаметром до 3 мм и сформировано лимфатико-венозное шунтирование с помощью большой подкожной вены бедра с клапаном. Послеоперационный период протекал гладко. На 9-е сутки после операции - 1,5-2 литра жидкости в брюшной полости. По пришествию 6 месяцев жидкости не выявлено.

448.КОНТРОЛИРУЕМЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

*Мамошин А.В. (1,2,3), Альянов А.Л. (1,3), Борсуков А.В. (2),
Мурадян В.Ф. (1,3), Аболмасов А.В. (1,3)*

Орёл; 2) Смоленск

- 1) БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»;
- 2) ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии»
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
- 3) ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет

Актуальность. Деструктивный панкреатит и его осложнения являются одной из актуальных проблем неотложной хирургии. Это связано с неуклонным ростом заболеваемости, увеличением частоты осложнений и высоким уровнем летальности. Сохраняет актуальность вопрос о аргументированном определении показаний к использованию контролируемых миниинвазивных методик при деструктивном панкреатите. Материал и методы. Контролируемые диагностические и лечебные миниинвазивные вмешательства при деструктивном панкреатите выполнены у 326 пациентов (мужчин было 244, женщин – 82). При наличии клинико-сонографической картины деструктивного процесса всем пациентам проведены мультифокальные тонкоигольные диагностические пункции под рентгеносоноскопическим контролем. При экссудативных осложнениях выполняли малокалиберное дренирование (8-14 Fr) одноразовыми пункционными нефростомическими дренажными наборами по двухмоментной методике Сельдингера с установкой дренажа с памятью формы типа «pig tail». При распространенном гнойном деструктивном процессе доступ осуществляли с использованием первичного и вторичного крупнокалиберного дренирования (28 - 36 Fr) под рентгеносоноскопическим контролем, минидоступа под контролем ультразвуковой томографии с этапной инструментальной видеонекрсеквестрэктомией. Результаты. Выполнено 737 чрескожных контролируемых

миниинвазивных вмешательств. У пациентов с острыми жидкостными скоплениями (39,4%) и постнекротическими кистами (60,6%) выполняли малокалиберное дренирование. В 5% случаев у пациентов с преобладанием некротического компонента в зонах деструкции выполнено первичное крупнокалиберное дренирование. Бужирование имеющегося малокалиберного доступа выполнено в 5% случаев. В 4 случаях (0,5%) при гнойно-деструктивном процессе в забрюшинном пространстве выполнен минидоступ под контролем ультразвукового исследования. Коррекция и замена дренажей при динамическом рентгеносоноскопическом контроле произведена в 30,4% случаев. Осложнения возникли у 36 (11%) пациентов, с переходом на лапаротомию у 17 (5,2%) больных. Летальность составила 6,7%. Выполнение чрескожных миниинвазивных вмешательств на фоне активной комплексной консервативной терапии позволило купировать патологический процесс и избежать открытых оперативных вмешательств в 91,7% случаев. Выводы. Миниинвазивные технологии при деструктивном панкреатите позволяют дифференцированно и обоснованно подойти к тактической позиции в хирургическом лечении деструктивного панкреатита, а также являются эффективным миниинвазивным методом санации экссудативно-некротических зон деструкции.

449. МЕСТО И РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ РАННИХ И ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

Дубовицкий В.А., Шувалова Я.О.

Тамбов

ГБУЗ ТОКБ "им. В.Д. Бабенко"

Деструктивные формы острого панкреатита обеспечивают высокую общую и после операционную летальность при панкреатите, что обуславливает актуальность поднимаемого вопроса, а именно выбор наиболее верной тактики лечения данной группы больных. Травматичность и высокая летальность на фоне применения открытых вмешательств при данной нозологии диктуют необходимость применения малоинвазивных способов, по крайней мере, на первом этапе лечения. Среди малоинвазивных методов наибольшее распространение получили: лечебно-диагностическая лапароскопия с ревизией, санацией и дренированием брюшной полости, сальниковой сумки, пункционно-дренирующий метод под контролем УЗИ или КТ, ретроперитонеоскопический и транслюминальный. Практические исследования на базе отделения гнойной хирургии ГБУЗ "ТОКБ им. В.Д. Бабенко" показали следующее. За 3 года в ОГХ с диагнозом "острый панкреатит" пролечено 147 пациентов с тенденцией к увеличению количества госпитализируемых в год. Многие пациенты переведены из ЦРБ, где выполнялись открытые вмешательства. В 2015 году проведено 65 оперативных пособий, из которых 28 - малоинвазивные. Применение малоинвазивных

вмешательств на первом этапе лечения способствовало стабилизации больных, отграничению воспалительно-некротического процесса в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке, что позволило провести открытое полостное вмешательство в более поздние сроки и сделать его менее травматичным. За 2016 год прооперировано 52 пациента, которым выполнено 76 операций, из них 42 - малоинвазивные пособия. Росту числа малоинвазивных операций способствовало тесное сотрудничество с врачами УЗ-диагностики, рентгенологами. За 6 месяцев 2017 года было прооперировано 27 пациентов, общее количество операций 35, из них 20 - малоинвазивные. Увеличение процента проведения малоинвазивных вмешательств на первом этапе лечения больных с данной нозологией коррелирует со снижением процента летальности при деструктивных формах панкреатита, способствует снижению инвалидизации в послеоперационном периоде, а также повышает уровень качества жизни в ситуациях, когда являются основным и единственным методом лечения, приведшим к купированию воспалительного процесса.

450. ВАКУУМТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*Селиверстов Д.В.(1,2), Новиков Л.А.(1), Хубезов Д.А.(1,2),
Юдин В.А.(1,2), Кузьминов С.У.(1), Романова И.В.(1)*

Рязань

- 1) ГБУ РО "Областная клиническая больница",
- 2) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Цель: улучшить непосредственные результаты лечения больных с распространенным гнойным перитонитом. Материалы и методы: группа больных с распространенным гнойным перитонитом, в лечении которой использовался метод вакуумтерапии-43 пациента (основная группа-ОГ). Группа ретроспективного сравнения (ГС)-64 пациента, в лечении которых не использовался метод вакуумтерапии. Использовались аппараты Suprasorb CNP (Lohmann & Rauscher), Vivano-Тес (Paul Hartmann) и расходные материалы к ним. Методика наложения повязки для проведения вакуумтерапии на лапаростому была стандартная, обязательными условиями были: тщательное моделирование специальной трехмерной пленки для ее прокладки между висцеральной брюшиной и пенистой губчатой повязки; тщательная герметизация повязки после наложения всех ее слоев и специальных круглых или профилированных четырехканальных дренажей. После завершения наложения повязки на лапаростомную рану в операционной производилось подключение к вакуум-аппарату. Устанавливался необходимый режим и уровень разрежения: в острую фазу использовался постоянный режим разрежения 90-120 мм рт.ст., по мере очищения брюшной полости режим изменялся на переменный 40-90 мм рт.ст. Смена повязок производилась в среднем через 3-4 суток, среднее число повязок на курс лечения составило от 2 до 5.

Результаты: этиология перитонита в обеих группах была сходной- деструктивный аппендицит, перфоративная язва желудка, двенадцатиперстной кишки, деструктивный калькулезный холецистит, деструктивный панкреатит в фазе гнойных осложнений. ОГ и ГС были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим соматическим заболеваниям, тяжести состояния на момент включения в исследование (APACHE II, MPI). Включение в комплексную схему хирургического лечения РГП методики вакуумтерапии позволило: 1. сократить средние сроки лечения больных на 10%; 2. снизить летальность на 6%; 3. избежать формирования межкишечных абсцессов в сравнении с ГРС, избежать формирования наружных кишечных свищей; 4. уменьшить стоимость лечения пациентов ОГ по сравнению с ГРС на 14%. Выводы: использование вакуумтерапии в комплексном хирургическом лечении пациентов с распространенным гнойным перитонитом: 1. способствует снижению числа послеоперационных осложнений; 2. позволяет снизить летальность и экономические затраты на лечение.

451. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НЕЙРО-ИШЕМИЧЕСКОЙ ИНФИЦИРОВАННОЙ ФОРМОЙ (НИИФ) СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Селиверстов Д.В. (1,2), Кузнецов А.В. (1,2), Юдин В.А. (1,2), Подъяблонская И.А. (2), Масевнин В.В. (1), Новиков Л.А. (1), Кондрусь И.В. (1), Савкин И.Д. (2), Зорова И.В. (1).

Рязань

- 1) ГБУ РО "Областная клиническая больница",
- 2) ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Цель: создание эффективно работающей системы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с нейро-ишемической инфицированной формой (НИИФ) синдрома диабетической стопы (СДС) с использованием телемедицинских технологий (дистанционного лечения и ухода на дому (ДЛиУ), использование современных средств телекоммуникации, фармакотерапии, новых биопластических материалов на основе коллагена, современных перевязочных средств. использованием телемедицинских технологий. Материалы и методы: основную группу (ОГ) составили за последние 5 лет составили пациенты с НИИФ СДС, в комплексном лечении которых использовались телемедицинские технологии (ТМТ). Группу сравнения (ГС) составили 96 пациентов с той же патологией, в комплексном лечении которых ТМТ не использовались. Обе группы были сопоставимы по типу, тяжести и длительности течения сахарного диабета (СД), полу, возрасту, сопутствующей соматической патологии. В течение всего периода ведения пациенты обеих групп получали общепринятое комплексное хирургическое лечение с выполнением необходимых оперативных вмешательств, перевязок. Биопластический

коллагеновый материал "КОЛЛОСТ"(НИАРМЕДИК ПЛЮС,Россия)использовался на этапе стационарного лечения в обеих группах по рекомендованной технологии во вторую фазу раневого процесса для временного закрытия раневых дефектов с целью стимуляции регенерации и репарации и последующего окончательного закрытия ран(-ы) путем наложения вторичных швов (ВШ) и/или аутодермопластики(АДП).Пациенты ОГ после стационарного этапа оказания специализированной медицинской помощи(СЭСМП) на уровне областной клинической больницы(ОКБ),переводились на амбулаторное лечение на дому с врачебным,фельдшерским или сестринским ,либо семейным (после обучения) наблюдением и уходом за ранами с дистанционным контролем врачом-хирургом ОКБ с помощью фоторегистрации течения раневого процесса и пересылкой материалов по электронной почте врачу-куратору ОКБ,вносящему коррективы в лечебный процесс в режиме онлайн,непосредственного общения с пациентом,фельдшером или медицинской сестрой,членами семьи по телефону,скайпу в интернете.Пациенты ГС после СЭСМП переводились на стационарное лечение в ЦРБ или участковую больницу с последующей выпиской на амбулаторное лечение под наблюдение фельдшера или медицинской сестры и общего ухода членами семьи. Результаты:1.У пациентов ОГ отличные и хорошие результаты достигнуты в 95,9%,в ГС- в 70,8% случаев. 2.Средняя суммарная длительность стационарного этапа(-ов) лечения составила в ОГ 42,0+/-7,6 сут,в ГС- 88,8+/- 10,2 сут,т.е. была в 2,1 раза ($p < 0,05$) ниже,чем в ГС. 3.Экономические затраты на полное (стационар +ДЛИУ на дому) лечение в ОГ составили 66 770.00 руб,а в ГС-117 540.00 руб(расценки ТФОМС 2016 года). Выводы: 1. Система оказания специализированной медицинской помощи пациентам с нейроишемической инфицированной формой (НИИФ) синдрома диабетической стопы(СДС) с использованием телемедицинских технологий после 1-2-х этапов комплексного хирургического стационарного лечения с применением биопластического коллагенового материала "КОЛЛОСТ" позволила достичь отличных и хороших результатов в ОГ у 70 из 73 пациентов(95,9%),в ГС-у 68 из 96 пациентов(70,8%). 2.Сократить среднюю суммарную длительность лечения в ОГ по сравнению с ГС в 2,1 раза. 3.Уменьшить экономические затраты на лечение 1 пациента ОГ по сравнению с ГС на 49 770.00 руб(42,3%).



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

www.ixv.pf

e-mail: Krivtsov@ixv.ru